



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES KORIAN CATALOGNE (Pyrénées-Orientales)

Exercices 2016 à 2020

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. LE POSITIONNEMENT DE L'EHPAD.....	9
1.1. Un Ehpad intégré au groupe Korian	9
1.1.1. Le groupe Korian	9
1.1.2. L'Ehpad Korian Catalogne	9
1.2. Les caractéristiques de l'établissement.....	10
1.2.1. Un établissement positionné sur des services haut de gamme.....	10
1.2.2. Un taux d'occupation en diminution.....	10
1.3. Le passage de la convention tripartite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	12
1.4. Les caractéristiques de la population accueillie.....	13
1.5. De l'accueil du résident à son projet personnalisé.....	14
1.5.1. La procédure d'admission.....	14
1.5.2. L'individualisation de l'accompagnement.....	14
1.5.3. Les dossiers informatisés des résidents.....	15
2. LE CADRE FINANCIER.....	16
2.1. La fiabilisation du compte de résultat de l'Ehpad	16
2.1.1. L'organisation de la fonction financière	16
2.1.2. La fiabilisation des sections soins et dépendance	17
2.2. Les ressources et dépenses de médicalisation	18
2.2.1. Des dotations globales en hausse sous l'effet de la réforme tarifaire	18
2.2.2. Les charges d'exploitation afférentes aux soins et à la dépendance	21
2.2.3. La formation et l'affectation des résultats	23
2.3. Les dépenses d'investissement	23
2.4. Les dépenses externes (soins de ville et d'hôpital).....	24
2.5. L'absence d'évaluation des budgets consacrés à la prévention collective	25
3. LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS	26
3.1. Les moyens humains disponibles	26
3.1.1. L'évolution des effectifs	26
3.1.2. La stabilité de la répartition des effectifs par fonction	27
3.1.3. L'absentéisme et les remplacements.....	28
3.2. L'organisation et la coordination.....	29
3.2.1. L'organisation managériale de la prise en charge.....	29
3.2.2. Les cycles de travail.....	30
3.2.3. La permanence des soins et les transmissions	30
3.3. Les métiers et fonctions cardinales	31
3.3.1. Le médecin coordonnateur et les médecins traitants	31
3.3.2. L'infirmier coordonnateur et la psychologue	32
3.3.3. Les équipes de soins du quotidien et les intervenants extérieurs.....	32
3.4. La formation continue.....	33

4. LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS	34
4.1. Les marqueurs de qualité pour l'accompagnement individuel	34
4.1.1. Les évaluations, contrôles et traitement des plaintes et réclamations.....	34
4.1.2. La mise en œuvre des bonnes pratiques de prise en charge.....	36
4.1.3. La participation à la vie de l'établissement et citoyenne	37
4.2. La santé des résidents	39
4.2.1. La prévention sanitaire au quotidien.....	39
4.2.2. L'accès aux soins	40
4.2.3. La consommation de médicaments.....	41
4.2.4. Le parcours de soins, la prévention des ruptures et le recours aux urgences	42
4.2.5. Les risques sanitaires	42
4.3. Les démarches de prévention collective	43
5. LA GESTION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19.....	44
5.1. Un établissement impacté par la deuxième vague de Covid-19	44
5.2. La préparation et la réaction de l'Ehpad face à la crise sanitaire	45
5.2.1. L'activation du plan bleu et de la cellule de crise.....	45
5.2.2. L'organisation interne mise en place	45
5.3. Un impact financier conséquent, compensé par l'ARS	47
GLOSSAIRE.....	49

SYNTHÈSE

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) Korian Catalogne est un organisme du groupe Korian qui dispose de 111 lits d'hébergement. Il accueille des résidents très dépendants nécessitant des soins lourds.

Sur la période contrôlée, l'établissement a connu une diminution de son taux d'occupation. Cette tendance s'explique par un prix de journée élevé, un bâti mal adapté à son activité et un nombre important de lits d'hébergement temporaire. La volonté de l'établissement de réduire leur nombre n'a été que partiellement entendue, les autorités de tarification ayant maintenu 10 lits d'hébergement temporaire au sein de l'établissement. Le groupe Korian avait acté un programme de réaménagement de 58 chambres pour renforcer l'attractivité de l'établissement, projet cependant décalé en raison de la crise sanitaire.

Engagé dans la négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens depuis 2018, signé fin 2020, l'établissement s'est approprié cette feuille de route et en suit les principaux objectifs malgré l'absence de formalisation du projet d'établissement. Celui-ci devrait être finalisé, selon le groupe, en fin d'année 2021. Un autre axe de progrès concerne l'individualisation de l'accompagnement qui doit être renforcée, en établissant, pour chaque nouveau résident, un projet de vie individualisé, trois mois après son admission. Si l'établissement a progressé, il doit veiller à maintenir cette démarche dans le temps.

Organisée sur un modèle très centralisé, la direction locale de l'Ehpad ne dispose que d'un pouvoir restreint au plan budgétaire et financier. Les frais de siège, non couverts par les dotations dépendance et soins fixées par les autorités de tarification, impactent le tarif acquitté par les résidents ; ils ont fortement progressé sur la période.

À compter de 2018, les ressources de médicalisation de l'établissement (dépendance et soins) ont bénéficié de la nouvelle tarification applicable aux Ehpad, mais ce n'est qu'en 2020, que le groupe Korian a recruté 4,4 équivalents temps plein (ETP) pérennes au sein de l'établissement. Dans le même temps, les charges afférentes ayant décreu, l'établissement a dégagé des excédents, notamment sur la section soins.

Depuis 2019, l'Ehpad rencontre des difficultés structurelles liées à l'instabilité de son personnel : les taux de rotation et d'absentéisme s'aggravent et touchent plus particulièrement les fonctions soignantes. Le pilotage de l'établissement a également été marqué par un important renouvellement de l'équipe de direction. La coordination médicale doit être renforcée au sein de la structure.

Malgré une politique sociale favorable, l'établissement connaît des difficultés de recrutement, notamment des aides-soignants, et fait appel de façon croissante à des personnels faisant fonction d'aide-soignant, non diplômés. La formation et le recrutement de compétences pérennes sont des enjeux stratégiques pour la qualité de la prise en charge et l'établissement doit s'en saisir rapidement.

La prise en charge des résidents fait l'objet de contrôles et d'audits nombreux. L'établissement s'appuie sur un plan d'amélioration de la qualité constamment actualisé, dont les actions sont suivies. Si les résidents et leurs familles sont satisfaits des prestations proposées, des

marges de progression sont identifiées : l'amélioration de la traçabilité des actes dans les dossiers de soins, le développement de l'analyse des principaux facteurs de risques et l'évaluation des mesures de prévention doivent être mis en place par l'établissement.

Touché par la seconde vague épidémique de Covid-19, l'établissement, le groupe et la direction régionale, ont réorganisé le site pour circonscrire les effets de l'épidémie en son sein. En dépit des renforts en personnels, neuf décès ont néanmoins été constatés au niveau de l'établissement.

RECOMMANDATIONS

1. Finaliser le projet d'établissement, conformément à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles. *Mise en œuvre en cours.*
2. Établir les projets de vie individualisés dans les trois mois suivant l'entrée de chaque résident. *Mise en œuvre en cours.*
3. Conclure des contrats de coordination avec les médecins libéraux intervenant régulièrement auprès des résidents accueillis, conformément à l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles. *Non mise en œuvre.*
4. Respecter les dispositions du code de l'action sociale et des familles s'agissant de la composition (art. D. 311-5) et du rythme de réunion (art. D. 311-16) du conseil de la vie sociale. *Mise en œuvre en cours.*
5. Produire annuellement des indicateurs d'évaluation des mesures de prévention mises en oeuvre. *Non mise en œuvre.*

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans sa synthèse.

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes d'octobre 2017 :

- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Mise en œuvre en cours : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Mise en œuvre incomplète : quand la mise en œuvre n'a concerné qu'une seule partie de la recommandation ; pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours n'a pas abouti dans le temps à une mise en œuvre totale.
- Totalement mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.
- Refus de mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles un refus délibéré de mise en œuvre est exprimé.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières « Par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été ouvert le 30 janvier 2020 par lettre de la présidente de section adressée à M. Charles-Antoine Pinel, représentant légal de l'établissement, dirigeant de la SAS Medotels, filiale du groupe Korian, alors en fonctions. Un courrier a également été adressé le 2 novembre 2020 à Mme Laurence Branthomme, précédente dirigeante, et le 23 décembre 2020 à M. Nicolas Mérigot, président de la SAS Medotels depuis octobre 2020.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 20 janvier 2021 avec le responsable en exercice, M. Nicolas Mérigot, et avec M. Charles-Antoine Pinel ; l'entretien a eu lieu le 15 mars 2021 avec Mme Laurence Branthomme.

Lors de sa séance du 13 avril 2021, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. Nicolas Mérigot, représentant légal de l'établissement, dirigeant de la SAS Medotels, filiale du groupe Korian. M. Charles-Antoine Pinel, en sa qualité de précédent dirigeant, en a également été destinataire pour la partie afférente à sa gestion. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers. Une lettre de clôture de procédure a été adressée à Mme Laurence Branthomme le 17 mai 2021.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre dans sa séance du 20 octobre 2021, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. LE POSITIONNEMENT DE L'EHPAD

1.1. Un Ehpad intégré au groupe Korian

1.1.1. Le groupe Korian

Korian est une entreprise française de gestion de maisons de retraite médicalisées (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad), de cliniques spécialisées (soins de suite et de réadaptation), de résidences de services, de soins et d'hospitalisation à domicile. Elle est présente dans six pays (France, Allemagne, Belgique, Italie, Espagne et Pays-Bas).

La branche française est issue de la fusion, en 2003, de quatre sociétés (Finagest, Sérience, Réacti-Malt et Medidep). La fusion entre Korian et Medica a donné naissance, en 2014, au groupe Korian. Il compte, en 2019, 53 000 collaborateurs en Europe et 850 établissements.

En France, le groupe Korian gère 492 établissements, soit 34 769 lits et 26 000 collaborateurs. Le pôle Korian France Seniors rassemble les activités du secteur médico-social : maisons de retraite médicalisées, services de soins infirmiers à domicile, résidences services et colocations entre seniors.

Le groupe est organisé en plusieurs filiales, dont la société par actions simplifiée (SAS), Medotels, qui gère et exploite 28 établissements¹ répartis sur le territoire national ; l'Ehpad Korian Catalogne en fait partie.

La gouvernance du groupe s'articule selon trois niveaux :

- au niveau national, la direction générale regroupe la direction des opérations (qui gère les établissements), la direction médicale et des soins et la direction financière qui pilote la stratégie financière des établissements ;
- 15 directions régionales déclinent les orientations stratégiques du groupe en accompagnant les établissements de leur ressort territorial. La direction régionale Occitanie gère 22 sites, dont l'Ehpad Korian Catalogne, seul Ehpad du groupe dans le département des Pyrénées-Orientales ;
- les directions d'établissement assurent la gestion opérationnelle des différents sites.

1.1.2. L'Ehpad Korian Catalogne

L'Ehpad Korian Catalogne est implanté dans le centre-ville de Perpignan. Construit par le groupe Accor en 1991, l'établissement a été cédé au groupe Sérience en 2000. En 2006, l'autorisation d'exploitation a été transférée au groupe Korian, le bâtiment faisant l'objet d'un crédit-bail auprès du propriétaire.

L'autorisation d'activité a été renouvelée² en 2017, pour une capacité d'accueil de 97 lits d'hébergement permanent et 14 lits d'hébergement temporaire, soit un total de 111 lits.

¹ Source : Scores et décisions.

² Arrêté de l'agence régionale de santé Occitanie et du département des Pyrénées-Orientales du 12 décembre 2016 portant renouvellement de l'autorisation à compter du 4 janvier 2017.

La configuration du bâtiment est atypique : de conception hôtelière, l'activité est répartie sur 8 étages, les locaux communs et administratifs étant installés au rez-de-chaussée et les chambres (91 simples et 10 doubles) se situant aux autres niveaux.

L'établissement ne dispose pas de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), ni d'unité d'hébergement renforcé répondant aux critères des cahiers des charges de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et destinés à l'accueil de patients atteints de pathologies de type Alzheimer. Toutefois, il a aménagé, en rez-de-chaussée, un espace sécurisé avec terrasse dénommé « Aloïs » fonctionnant à l'identique d'un PASA et un étage est dédié à l'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (16 lits).

1.2. Les caractéristiques de l'établissement

1.2.1. Un établissement positionné sur des services haut de gamme

Les tarifs pratiqués par l'établissement sont les plus élevés parmi les Ehpad recensés dans le département des Pyrénées-Orientales, de 84,50 € par jour en chambre classique à 116 € par jour en chambre *standing*³. Le prix journalier comprend les prestations d'administration générale, l'accueil hôtelier en pension complète, la fourniture et l'entretien du linge plat et de toilette ainsi que les activités d'animation. L'établissement a reçu le label « Gault et Millau » en raison de la qualité de la cuisine. À ce tarif, s'ajoute le ticket modérateur dépendance⁴ de 4,58 €, soit une facture mensuelle en chambre classique de 2 672 €.

Dans un rayon de 10 minutes autour de l'Ehpad Korian Catalogne, le groupe Korian a recensé deux Ehpad privés lucratifs, six établissements associatifs et un Ehpad public. Comparativement à ces derniers, l'établissement pratique les prix les plus élevés. En 2019, le prix d'appel proposé à l'Ehpad Korian Catalogne dépasse de 11 à 13 € par jour celui des deux autres établissements privés lucratifs de Perpignan.

L'Ehpad n'est pas habilité à accueillir des résidents éligibles à l'aide sociale départementale.

1.2.2. Un taux d'occupation en diminution

Sur la période sous revue, le taux d'occupation de l'établissement a diminué.

Depuis 2019, l'activité de l'établissement en hébergement permanent se situe en deçà du taux d'occupation médian de 96 %⁵ relevé par la CNSA⁶. La configuration des locaux⁷ conjuguée à un tarif élevé expliquent le tarissement des demandes, l'établissement ne disposant pas de liste d'attente. Le groupe Korian a acté le réaménagement de 58 chambres (cf. § 2.3), projet de nature à renforcer son attractivité mais retardé en raison de la crise sanitaire de 2020. Selon les données

³ Tarifs au 1^{er} janvier 2020.

⁴ Une part du tarif dépendance est à la charge des résidents, quels que soient leurs revenus et leur degré de dépendance. Elle équivaut au tarif dépendance GIR 5-6.

⁵ CNSA, *La situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*.

⁶ Le groupe précise, dans sa réponse, que la comparaison aux taux d'occupation moyens pondérés (moyenne tronquée des valeurs extrêmes) calculés par la CNSA est plus favorable s'agissant de l'hébergement permanent (94,9 % en 2017 et 94,7 % en 2018) ; ces éléments ne modifient pas le constat effectué par la chambre à partir du taux d'occupation médian issu de cette même étude de la CNSA.

⁷ Huit étages, avec 10 chambres doubles, certaines chambres dont la superficie est inférieure à 18 m² et un jardin type terrasse.

d'exécution transmises par l'établissement, le taux d'occupation de l'hébergement permanent s'établit à 92 % en 2020. La crise sanitaire est à l'origine de ce niveau d'occupation, les admissions ayant été suspendues pendant le premier confinement et l'établissement ayant été affecté par les vagues épidémiques.

Par ailleurs, alors que l'établissement dispose d'un nombre important de lits d'hébergement temporaire (14 sur les 111 lits autorisés) ces derniers sont sous-occupés de manière chronique, au regard du taux d'occupation médian calculé par la CNSA (61,5 %⁸).

tableau 1 : le taux d'occupation de l'établissement

	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de places installées	111 <i>dont 14 en HT</i>	97	97	97	97
Nombre de places autorisées	111 <i>dont 14 en HT</i>	97	97	97	97
Activité théorique	40 515	35 405	35 405	35 405	35 405
Nombre de journées réalisées	39 472	34 561	34 955	33 761	32 573
Taux d'occupation de l'hébergement permanent (HP)	97,4 %	97,6 %	98,7 %	95,4 %	92,0 %
Nombre de places installées	n.d	14	14	14	14
Nombre de places autorisées	n.d	14	14	14	14
Activité théorique	n.d	5 110	5 110	5 110	5 110
Nombre de journées réalisées	n.d	2 927	764	1 276	1 686
Taux d'occupation de l'hébergement temporaire (HT)	n.d	57,3 %	15,0 %	25,0 %	33,0 %
Nombre de places installées	111	111	111	111	111
Nombre de places autorisées	111	111	111	111	111
Activité théorique	40 515	40 515	40 515	40 515	40 515
Nombre de journées réalisées	39 472	37 488	35 719	35 037	34 259
Taux d'occupation HP + HT	97,4 %	92,5 %	88,2 %	86,5 %	84,6 %

Source : compte administratif 2016, états réalisés des dépenses et des recettes 2017 à 2019 et réponse du groupe au rapport d'observations provisoires

Cette sous-occupation des lits d'hébergement temporaire est une problématique qui s'observe au niveau départemental. L'agence régionale de santé (ARS), dans sa réponse, a confirmé avoir procédé, en concertation avec le département, à un rééquilibrage entre le nombre de lits d'hébergement temporaire et les lits d'hébergement permanent. En effet, le taux d'équipement en places d'hébergement temporaire était supérieur aux valeurs régionales et nationales quand celui relatif à l'hébergement permanent était le plus faible de la région Occitanie. Par ailleurs, les autorités de tarification constataient une sous-occupation des capacités temporaires des Ehpad et des surdimensionnements par rapport à leurs capacités d'accueil globales. Le schéma départemental des solidarités s'est ainsi fixé comme objectif d'optimiser de ce ratio d'accueil par une réorganisation territoriale de l'offre et une clarification des règles de fonctionnement. Au total, ce sont 37 places d'hébergement temporaire qui ont été transformées en lits d'hébergement permanent à l'échelle du département.

L'établissement a formulé une demande de révision de son autorisation le 29 août 2019, consistant à transformer 11 des 14 lits d'hébergement temporaire et n'en conserver ainsi que trois. Parallèlement, afin de redynamiser son activité d'hébergement temporaire, l'établissement s'est positionné sur l'accueil en urgence de résidents. Ces accueils spécifiques impliquent un délai de prise en charge de 48 heures entre la première prise de contact et la prise en charge effective du

⁸ CNSA, *La situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*.

résident au sein de l'établissement, des contacts privilégiés avec les services adresseurs, hospitaliers essentiellement, ainsi qu'une formation spécifique des personnels.

À compter du 1^{er} janvier 2020, l'établissement a dédié un lit d'hébergement temporaire au dispositif d'accompagnement-relais en Ehpad. Celui-ci consiste à proposer aux personnes âgées un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours par an, en sortie des urgences, d'hospitalisation ou en cas de carence de l'aidant. Pendant ce séjour, l'établissement garantit un reste à charge limité à la personne âgée accueillie (qui continue à payer le même tarif qu'à l'hôpital).

Les autorités de tarification ont accédé en partie à la demande de l'établissement début 2021 en actant la transformation de quatre lits d'hébergement temporaire en hébergement permanent⁹.

L'établissement doit cependant poursuivre ses efforts pour faire progresser le taux d'occupation des lits temporaires.

1.3. Le passage de la convention tripartite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Jusqu'à la loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les Ehpad étaient soumis à la signature d'une convention tripartite avec l'ARS et le département. Depuis 2016, l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) généralise la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

La convention tripartite de l'Ehpad Korian Catalogne a été renouvelée le 17 décembre 2010 pour les années 2010 à 2015. L'établissement n'a pas communiqué de suivi des objectifs qui lui étaient assignés.

L'ARS et le département des Pyrénées-Orientales ont programmé la signature du CPOM avec l'établissement en 2018, mais ce document n'a été signé par l'ARS que le 18 décembre 2020 ; pour autant, les allocations de ressources définies dans le CPOM ont été attribuées à l'établissement sur la période.

Le diagnostic partagé entre les autorités de tutelle et l'Ehpad, réalisé en amont et figurant en annexe du CPOM, identifie plusieurs points faibles : un projet d'établissement arrivé à échéance en 2017, un projet d'animation non mis à jour, des projets personnalisés dont l'élaboration doit être redynamisée, une intégration insuffisante dans le réseau gérontologique, un fort taux d'absentéisme et des prises en charge à améliorer. À partir de ce diagnostic, le CPOM 2019-2023 définit neuf objectifs opérationnels.

Malgré l'absence de signature du CPOM, l'établissement s'est approprié cette feuille de route, en retranscrivant ces objectifs dans un plan de suivi du CPOM, désignant des pilotes pour chaque action. Parmi les 71 sous-actions identifiées, l'Ehpad en avait réalisé 10 en 2019. Y figurent la signature de conventions avec les centres hospitaliers de Thuir¹⁰ et de Perpignan¹¹, la réalisation des travaux visant à l'amélioration des conditions de travail des personnels et le développement

⁹ Arrêté en cours de signature.

¹⁰ Équipe mobile spécialisée dans la prise en charge géronto-psychiatrique.

¹¹ Équipe mobile de gériatrie.

des thérapies non médicamenteuses dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des résidents.

La caducité du projet d'établissement n'a pas conduit à une réaction rapide de l'établissement, essentiellement du fait d'une succession de directeurs. Sa réécriture n'a été effectivement enclenchée qu'en fin d'année 2019, avec la constitution d'un comité de pilotage et de groupes de travail. Ce processus a alors été perturbé par la crise sanitaire de 2020, suspendant sa rédaction puis sa validation. Le groupe, dans sa réponse, indique avoir lancé une campagne de renouvellement de ces projets pour l'ensemble de ses établissements en mars 2021. Il a par ailleurs précisé que le projet d'établissement de l'Ehpad Korian Catalogne devrait être finalisé en décembre 2021. La chambre prend note de ces circonstances, mais rappelle qu'il s'agit d'un objectif prioritaire que l'établissement doit mener à bien, conformément à l'article L. 311-8 du CASF¹².

Ce projet devra présenter le positionnement institutionnel de la structure, indiquer ses évolutions en termes de publics et de missions, donner des repères aux professionnels et garantir les droits des usagers. Il devra inclure, outre le projet institutionnel, des parties relatives aux projets de vie, d'animation et de soins (article D. 312-158 du CASF). Il devra intégrer les objectifs prévus par le CPOM, déclinés en fiches actions faisant l'objet d'un suivi régulier.

Au regard des développements qui précèdent, la chambre formule la recommandation suivante :

1. Finaliser le projet d'établissement, conformément à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles. *Mise en œuvre en cours.*

1.4. Les caractéristiques de la population accueillie

Selon les données issues des documents budgétaires, l'âge moyen des résidents a oscillé entre 88 et 90 ans sur la période. Près des trois quarts d'entre eux étaient classés en groupes iso-ressources (GIR) 1 et 2 depuis 2017, soit un fort niveau de dépendance. Le profil des résidents se caractérise, en outre, par une forte prégnance des syndromes démentiels.

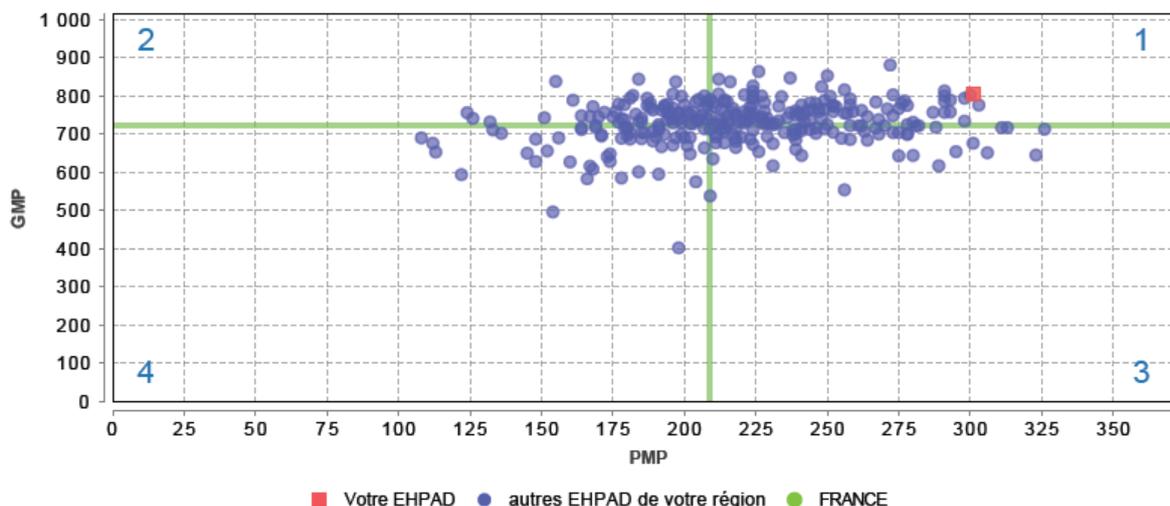
La tarification des Ehpad est modulée en fonction de deux indicateurs caractérisant la population accueillie de résidents : l'évaluation de la perte d'autonomie (dénommé GIR moyen pondéré – GMP) et des besoins en soins requis par les résidents (dénommé Pathos moyen pondéré – PMP). Plus le niveau de dépendance et la charge en soins des résidents sont élevés, plus l'établissement se voit allouer des moyens, notamment humains, pour les prendre en charge.

Selon les coupes réalisées et validées par les autorités de tarification en 2017¹³, le GMP et le PMP s'établissent respectivement à 804 et 301 points pour l'Ehpad Korian Catalogne. Ces valeurs sont nettement supérieures à celles relevées dans les Ehpad au niveau national (GMP moyen de 717 et PMP moyen de 203) et dans les Ehpad privés commerciaux (GMP moyen de 738 et PMP moyen de 211).

¹² « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service. »

¹³ Coupes du 16 juin 2017.

graphique 1 : positionnement de l'Ehpad Korian Catalogne dans la région au regard du GMP et du PMP des résidents (2017)



Source : profil RESID-Ehpad de l'Ehpad Korian catalogne établi par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Ces coupes, relativement anciennes, n'ont pas fait l'objet d'évaluation intermédiaire par l'établissement. Cette absence d'évaluation intermédiaire n'a pas permis aux autorités de tarification (ARS et département) d'optimiser le suivi de l'activité et l'allocation des moyens financiers découlant de ces deux indicateurs majeurs. Pourtant, l'établissement dispose d'un système informatique performant qui aurait permis d'actualiser les données (cf. § 1.5.3).

1.5. De l'accueil du résident à son projet personnalisé

1.5.1. La procédure d'admission

L'établissement a mis en place une commission d'admission, composée du directeur, du directeur adjoint, du médecin coordonnateur (MEDEC) et de l'infirmière coordonnatrice (IDEC). L'établissement effectue une visite de pré-admission et la préparation de l'entrée du résident fait l'objet d'étapes précises, où les rôles des différents personnels sont distinctement indiqués. L'accueil du résident est donc bien organisé. La procédure d'admission en hébergement temporaire, effectuée souvent en urgence, est allégée.

L'Ehpad dispose des outils de la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹⁴ : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour. Les résidents sont invités à désigner une personne de confiance lors de la signature du contrat de séjour.

1.5.2. L'individualisation de l'accompagnement

La loi n° 2002-2 fait obligation aux établissements d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement, ou projet de vie individualisé (PVI). Par ce document, l'institution s'engage à prendre en compte la singularité de la personne accueillie pour adapter son accueil et ses services,

¹⁴ La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées favorise, également, le développement d'une démarche d'accompagnement personnalisé. Le contenu du projet personnalisé a notamment été précisé par la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale en 2008.

dans le cadre d'une démarche de co-construction. L'Ehpad a confié la coordination et le suivi des PVI à la psychologue.

Les conclusions d'un audit interne, diligenté en 2018, relevaient que la confection des PVI s'inscrivait correctement dans les recommandations du groupe et s'établissait en équipe pluridisciplinaire, en associant le résident et/ou sa famille. Dans leur contenu, les PVI traduisent correctement les engagements de prise en charge de l'établissement et les souhaits des résidents. Les objectifs fixés tiennent compte des besoins et désirs des résidents et se traduisent dans des actions concrètes.

Il n'en demeure pas moins que l'étude d'un échantillon de projets a conduit à constater des délais importants entre l'entrée du résident et la rédaction de son projet (10 à 12 mois, contre un objectif fixé par le groupe Korian à trois mois). Le temps de psychologue était insuffisant pour coordonner la démarche en plus des suivis individuels. Le groupe Korian a décidé de doubler son temps en 2020 (de 0,40 à 0,80 ETP). En 2020, la psychologue a établi une programmation afin que chaque nouvel entrant dispose de son PVI trois mois après son entrée. Le groupe, dans sa réponse, indique que l'établissement est effectivement parvenu à établir 80 % des PVI dans ce délai, depuis la montée en puissance du poste de psychologue. Selon des données actualisées à juillet 2021, le taux de couverture du projet personnalisé¹⁵ s'établit à 83 % traduisant la progression de la structure (28 % en juillet 2020). L'établissement doit veiller à poursuivre cette démarche dans le temps.

La chambre formule en conséquence la recommandation suivante :

2. Établir les projets de vie individualisés dans les trois mois suivant l'entrée de chaque résident. *Mise en œuvre en cours.*

1.5.3. Les dossiers informatisés des résidents

L'Ehpad dispose de dossiers individuels informatisés pour chaque résident. L'outil Netsoins, généralisé par le groupe Korian, permet la gestion des dossiers administratifs et médicaux des résidents, la traçabilité des soins et des prescriptions. Il comprend pour chaque résident : les dossiers administratif, médical, paramédical, de soins, le projet personnalisé, l'alimentation, un volet portant sur l'animation et un autre sur l'intendance. Y sont enregistrés par les professionnels les transmissions utiles, les prescriptions, les événements indésirables. Cet outil permet donc une traçabilité étendue de la prise en charge du résident.

L'informatisation du dossier de soins favorise également un meilleur partage d'informations entre les Ehpad et les professionnels libéraux, lesquels peuvent consulter, de leur cabinet, les dossiers médicaux des résidents qu'ils suivent. Selon la liste des habilitations fournie par l'Ehpad, plus de la moitié des médecins traitants remplit directement ses prescriptions dans les dossiers informatisés. Les ordonnances sont transmises par voie dématérialisée à la pharmacie.

Les accès aux différents volets des dossiers individualisés des résidents sont différenciés selon les métiers des salariés. Les transmissions écrites et la traçabilité des accompagnements ont été améliorées par l'équipement en tablettes en 2019, permettant la saisie en temps réel des actes de prise en charge des résidents.

¹⁵ Soit le nombre de résidents ayant au moins un projet rapporté au nombre de résidents présents.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'Ehpad Korian Catalogne, qui dispose de 111 lits d'hébergement, fait partie des établissements de la région accueillant des résidents très dépendants et nécessitant des soins lourds.

L'établissement connaît une diminution de son taux d'occupation qui s'explique par une configuration de type hôtelier, un prix de journée élevé et un nombre important de lits d'hébergement temporaire qui peinent à être remplis. Cette baisse s'est encore accentuée en 2020 en raison de la crise sanitaire qui a limité le nombre d'admissions. La volonté de l'établissement de réduire le nombre de lits d'hébergement temporaire de 14 à 3 n'a été que partiellement entendue, les autorités de tarification ayant demandé le maintien de 10 lits.

Engagé dans la négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens depuis 2018, signé fin 2020, l'établissement s'est d'ores et déjà approprié cette feuille de route et en suit les principaux objectifs. Il n'en demeure pas moins qu'il ne s'est pas encore doté d'un projet d'établissement formalisé alors qu'il s'agit d'un document de référence dont la rédaction est prioritaire. Sa rédaction s'inscrit désormais dans une campagne de renouvellement des projets d'établissements lancée par le groupe en 2021 et qui devrait aboutir à un projet formalisé en décembre 2021. La chambre prend acte de cet engagement.

L'individualisation de l'accompagnement doit être renforcée, en établissant, pour chaque nouvel entrant, un projet de vie individualisé trois mois après l'entrée. L'établissement a réalisé des progrès en la matière ; cette action doit être poursuivie dans la durée.

2. LE CADRE FINANCIER

2.1. La fiabilisation du compte de résultat de l'Ehpad

2.1.1. L'organisation de la fonction financière

2.1.1.1. Une gestion financière centralisée au niveau du groupe

La gestion financière des Ehpad du groupe Korian est assurée par la direction financière du siège qui élabore les documents budgétaires de ses 296 Ehpad. Elle centralise également la réception des factures et leur enregistrement comptable depuis deux plateformes spécialisées.

Les directions locales des établissements ne sont donc pas chargées de la gestion financière de leur site. La procédure et l'exécution budgétaires leur échappent de ce fait en grande partie, le siège centralisant les données et confectionnant l'ensemble des documents budgétaires, y compris les rapports associés. Les directions locales sont uniquement associées par le siège lors des trois étapes suivantes :

- élaboration de leur état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour défendre les éventuelles mesures nouvelles qu'elles souhaitent voir mettre en œuvre ;
- suivi mensuel de l'exécution budgétaire ;
- élaboration de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), uniquement pour confirmer la répartition des effectifs entre les sections, en précisant notamment la liste des personnels

« faisant fonction » ; pour mémoire, il s'agit de personnels qui ne disposent pas des diplômes ou formations requis, appelés le plus souvent en remplacement.

Ainsi, le rôle des directions d'établissement est essentiellement axé sur la validation des factures adressées par les plateformes comptables à la suite de leurs commandes et sur l'établissement de la facturation des résidents.

2.1.1.2. Des frais de siège en forte progression

Les comptes de la société Medotels ont été certifiés sans réserve par un commissaire aux comptes de 2016 à 2019. Ces comptes sont inclus suivant la méthode de l'intégration globale dans les comptes consolidés de la société anonyme (SA) Korian.

L'Ehpad verse chaque année des frais de siège à la SA Korian. Ces derniers sont calculés en rapportant l'ensemble des frais engagés par le siège et les directions régionales pour la gestion de ses établissements, proportionnellement au nombre de lits installés. Ces frais de siège ne sont pas couverts par les dotations dépendance et soins fixées par les autorités de tarification ; ils impactent uniquement la section hébergement, et dès lors le tarif acquitté par les résidents. Néanmoins la chambre relève qu'en 2019 des fonctions d'appui aux métiers du soin, correspondant à une part des effectifs de la direction régionale Occitanie, ont été répercutées sur la section soins de l'Ehpad, pour 6 684 €.

Relativement stables entre 2016 et 2018, les frais de siège ont augmenté de 64,6 % entre 2018 et 2019 du fait d'une évolution de leur périmètre de calcul. Celle-ci résulte de la progression des effectifs du siège et d'une politique de refacturation « réelle » à compter de 2019, éléments confirmés par le groupe dans le cadre de la contradiction. Sur ce point, la chambre maintient que l'évolution des frais de siège a, de façon factuelle, abouti à une majoration du reste à charge pour les résidents.

2.1.2. La fiabilisation des sections soins et dépendance

La loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) prévoit la mise en place d'un EPRD en lieu et place du budget prévisionnel. Cette réforme, qui s'applique depuis le 1^{er} janvier 2017 pour les Ehpad, induit un changement de logique avec le passage d'une tarification à la dépense vers une tarification à la ressource. Les dotations dépendance et soins sont fixées par une équation tarifaire qui tient compte du niveau de dépendance et des besoins en soins, évalués dans les coupes GIR et Pathos des résidents. Elle vise à responsabiliser les gestionnaires en leur donnant plus de souplesse quant à la répartition de leurs ressources et l'affectation de leurs résultats.

Les clés de répartition entre les sections soins, dépendance et hébergement¹⁶, supprimées par cette réforme, ont été maintenues par le groupe Korian sur l'ensemble de la période. Le groupe s'est doté en 2019 d'un nouvel outil informatique qui facilite la construction des EPRD et des ERRD¹⁷. D'après la direction financière du groupe, ce logiciel a permis de revisiter l'ensemble

¹⁶ L'ancien article R. 314-164 du CASF prévoyait une répartition des dépenses d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques de 30 % sur la section dépendance et 70 % sur la section soins. De même, les dépenses de personnel relatives aux agents de services hôteliers, auxiliaires de vie sociale, sont affectées à 30 % sur la section dépendance et à 70 % sur la section hébergement.

¹⁷ Cet outil permet de déverser automatiquement les données issues de la comptabilité générale vers les différentes rubriques des EPRD et des ERRD. Au préalable, ce passage de la comptabilité générale vers les EPRD et ERRD était réalisé à partir de tableaux Excel, selon un *mapping* établi conformément aux affectations prévues par les textes.

des processus et de fiabiliser l'élaboration des documents budgétaires. Il devrait permettre aux contrôleurs de gestion chargés de la tarification de réaliser un suivi mensuel et non plus annuel des produits et charges des sections soins et dépendance, et ainsi de garantir l'équilibre budgétaire des sections.

L'Ehpad Korian Catalogne est soumis à un état simplifié déclaratif prévu par l'article R. 314-216 du CASF dans lequel aucune donnée relative à l'hébergement ne figure.

2.2. Les ressources et dépenses de médicalisation

2.2.1. Des dotations globales en hausse sous l'effet de la réforme tarifaire

Les produits de gestion de l'Ehpad Korian Catalogne sont constitués à 99 % des produits de la tarification résultant des trois sections hébergement, dépendance et soins. Ils s'établissent en 2019 à 5,4 M€ et ont diminué de 2 % par rapport à 2016. Cette diminution est essentiellement due aux produits d'hébergement (- 8 %) et de dépendance (- 7 %), en raison de la baisse continue de l'activité sur l'ensemble de la période. Elle a été partiellement compensée par la progression de la dotation soins.

tableau 2 : évolution des produits de gestion réalisés de l'Ehpad

en €	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019
Produits hébergement	3 258 481	3 138 221	3 037 422	2 998 164	- 8 %
Produits dépendance	522 487	506 270	535 318	486 511	- 7 %
Produits soins	1 742 081	1 736 853	1 736 314	1 911 583	10 %
Produits de la tarification	5 523 049	5 381 344	5 309 054	5 396 258	- 2 %
<i>Part dans les produits de gestion</i>	93 %	91 %	98 %	99 %	
Produits des activités annexes	113 754	102 886	95 568	89 755	- 21 %
Remise sur hébergement	- 111 843	- 104 607	- 89 539	- 102 582	- 8 %
Production immobilisée	1 291	823	235	260	- 80 %
Autres produits relatifs à l'exploitation	3 203	- 898	6 264	- 12 567	- 492 %
Subventions d'exploitation	0	5 206	2 639	5 061	
Produits exceptionnels	3 033	366 614	4 401	5 406	78 %
Autres produits de gestion courante	362 947	90 289	345	727	- 100 %
Reprise sur provision	2 580	39 554	41 826	0	- 100 %
Transfert de charges d'exploitation	61 993	41 655	75 986	54 561	- 12 %
Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables	430 553	543 318	125 197	65 755	- 85 %
Total des produits de gestion	5 956 805	5 923 764	5 440 515	5 449 446	- 9 %

Source : balances des comptes

Outre la progression des produits soins sur la période, leur proportion par rapport aux produits de la tarification a progressé de 32 % à 35 % quand celle des produits d'hébergement diminuait.

Au sein des produits issus de la tarification, les ressources de médicalisation comportent les dotations arrêtées par l'ARS pour le volet soins et par le département pour le volet dépendance, prévues respectivement par les articles R. 314-159 et R. 314-172 du CASF. Ces produits tiennent

compte, selon des modalités différentes, du niveau de dépendance et du besoin de soins évalués dans les coupes GIR et Pathos des résidents :

- le forfait global relatif à la dépendance vise à couvrir les prestations d'aide et de surveillance du résident pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liées aux soins. Le forfait dépendance versé par le département est calculé en multipliant le GMP de l'établissement par la valeur du point GMP arrêté chaque année par le département et la capacité de l'établissement ; il en est déduit le montant prévisionnel de la participation des résidents, notamment le tarif journalier afférent à la dépendance opposable aux résidents classés dans les GIR 5 et 6 ;
- le forfait global de soins vise à couvrir les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents. Le forfait soins est calculé sur la base d'un indicateur synthétique « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS) qui rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen (GMP) des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins (PMP).

La coupe GIR de juin 2017 a fixé le GMP de l'établissement à 804, tandis que la précédente coupe réalisée pour le renouvellement de la convention tripartite le 17 décembre 2010 avait retenu un GMP de 765. De même, la coupe Pathos de juin 2017 a fait progresser le PMP de l'établissement de 211 à 301 points. La mise à jour de ces indices a lieu un an avant le renouvellement des CPOM, soit en 2023 pour l'Ehpad, selon une programmation arrêtée conjointement par les autorités de tarification.

La progression du GMP retenu a eu pour conséquence de valoriser les montants des forfaits globaux soins et dépendance de l'Ehpad, à compter de l'exercice 2018¹⁸. La prise en compte mécanique du niveau de dépendance et des soins a engendré une hausse de 10 % du forfait relatif aux soins et de 11 % du forfait global relatif à la dépendance (hors intégration de résultats, financement de l'hébergement temporaire et crédits non reconductibles).

¹⁸ En 2017, les dotations ont été calculées sur la base des GMP et PMP de 2010.

tableau 3 : les dotations soins et dépendance notifiées*

en €	2016	2017	2018	2019	Évolution en €	Évolution en %
1. Forfait global relatif aux soins, ou tarif journalier afférant aux soins :	1 582 549					
- Résultat de l'équation tarifaire		1 582 549	1 593 627	1 661 157		
- Impact de la convergence tarifaire		0	52 877	83 243		
Sous-total forfait global relatif aux soins, versé par l'assurance maladie	1 582 549	1 582 549	1 646 503	1 744 400	161 851	10%
- Réfaction sur le taux d'occupation	0	0	0	0		
- Intégration de résultats d'exercice précédent	5 228	0	- 75 061	0		
2. Financements complémentaires liés aux modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire)	154 304	154 304	155 384	156 767		
3. Crédits non reconductibles			19 986	5 750		
Total section soins	1 742 081	1 736 853	1 746 813	1 906 918		
1. Forfait global relatif à la dépendance versé par le département d'implantation, ou dotation de tarification	285 389	288 572	291 759	317 684	32 295	11%
2. Participations financières des résidents au titre du ticket modérateur (GIR5/6)	260 447	193 864	221 408	223 453		
3. Intégration de résultats d'exercice précédent	0	0	7 164	0		
Total section dépendance	545 836	482 436	520 332	541 137		

Source : notifications budgétaires de l'ARS et du département des Pyrénées-Orientales

* Les dotations allouées peuvent varier des notifications budgétaires lors de l'exécution, notamment en section dépendance, au niveau des participations financières des résidents au titre du ticket modérateur qui dépendent de l'activité de l'établissement.

Pour les soins, un mécanisme de convergence étale l'atteinte de la dotation de référence ou dotation cible sur cinq ans¹⁹ à partir de la situation de départ.

De façon synthétique, l'établissement a ainsi bénéficié du mécanisme de convergence tarifaire qui permet d'atteindre progressivement la dotation de référence calculée par l'équation GMPS. Ainsi, dès 2018, il a bénéficié d'une convergence positive de 52 877 €²⁰ puis en 2019 de 83 243 €²¹. Par rapport au résultat de l'équation tarifaire de 2018 et 2019, ces augmentations représentent une proportion de 3,3 % en 2018 et de 5 % en 2019. Ces augmentations auraient dû avoir un impact immédiat sur les effectifs recrutés.

L'établissement a bénéficié à nouveau de cette convergence en 2020 (83 000 €) et en 2021 (170 000 €), année cible pour la convergence. En 2021, la dotation cible de l'établissement s'élève à près de 2 M€ (contre 1,58 M€ en 2016).

Par ailleurs, l'Ehpad reçoit des crédits complémentaires pour le financement de ses lits d'hébergement temporaire. Dans l'attente de la signature du CPOM, ces financements sont restés stables sur la période.

¹⁹ L'article 4 de la loi du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a accéléré le dispositif de convergence de 7 à 5 années, permettant aux Ehpad de bénéficier de leur dotation cible au 31 décembre 2021, contre 2023 prévu initialement.

²⁰ Soit un sixième de l'écart entre la base reconductible N-1 et le résultat de l'équation tarifaire GMPS correspondant au niveau de ressource cible.

²¹ Soit un tiers de l'écart entre la base reconductible N-1 et le résultat de l'équation tarifaire GMPS correspondant au niveau de ressource cible.

Outre le forfait global relatif à la dépendance, versé par le département, les produits dépendance comprennent la participation directe des résidents (ticket modérateur, résidents hors département, résidents de moins de 60 ans). Ce reste à charge payé par les résidents se calcule sur la base de l'activité réelle et non contractualisée de l'établissement. Or il est constaté une diminution de l'activité sur la période, avec un taux d'occupation en baisse (de 97,4 % en 2016 à 86,5 % en 2019) : le montant des participations financières à la charge des résidents diminue en conséquence de 14 % entre 2016 et 2019 (- 36 994 €).

Au final, malgré cette baisse d'activité, ni le département ni l'ARS n'ont appliqué le mécanisme de modulation du forfait en cas de sous-activité prévu à l'article R. 314-160 du CASF. En effet, la réforme tarifaire a pour effet de figer les dotations pendant toute la durée du CPOM ; pour autant, elles peuvent être l'objet de réfections, décidées par les autorités de tarification, si l'activité diminue.

Au cas d'espèce, les autorités de tarification ne se sont donc pas saisies de la possibilité qui leur était offerte d'ajuster les dotations en fonction de l'activité constatée. Le département n'a pas répondu sur ce point. Pour sa part, l'ARS a confirmé que cette modulation n'a pas été appliquée à la dotation soins de l'Ehpad Korian Catalogne : en 2018, en raison « des tensions constatées dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées et du faible taux d'actualisation des dotations » (+ 0,7 %) ; en 2019, parce que l'établissement disposait d'une dotation inférieure à 90 % de la dotation cible ; enfin, en 2020, cette modulation a été suspendue en raison de la crise sanitaire par l'ordonnance n°2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux.

S'agissant de la modulation des financements complémentaires, l'ARS a précisé que la modulation n'est possible que si elle est explicitement prévue dans le CPOM, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Les autorités de tarification ont, en revanche, fixé un objectif de dynamisation de cette activité à l'Ehpad Korian Catalogne.

2.2.2. Les charges d'exploitation afférentes aux soins et à la dépendance

Alors que l'Ehpad a enregistré une baisse d'activité importante, ses charges de gestion ont augmenté de 2 % sur la période de contrôle. Cette hausse s'explique essentiellement par la progression des frais de siège prélevés par le groupe dont le coût est répercuté sur le tarif acquitté par les résidents ainsi que celle des charges de rémunérations et de personnel (+ 87 094 €).

En diminution de 1 % sur la période, les charges d'exploitation des sections dépendance et soins s'établissent à 2,22 M€ en 2019. Leur poids dans le total des charges est resté stable sur l'ensemble de la période (42 % en 2016, 41 % en 2019) alors que l'établissement a bénéficié de dotations soins et dépendance revalorisées à compter de 2018. Cette revalorisation aurait dû se traduire par une hausse concomitante des dépenses afférentes à ces sections.

Les charges affectées à la section dépendance s'élèvent à 0,46 M€ en 2019 et représentent 9 % des charges de gestion. Leur diminution (- 8 %) s'explique essentiellement par la baisse des charges de personnel et des autres charges relatives à la dépendance, en corrélation avec la baisse d'activité de l'établissement.

Les charges afférentes aux soins s'élèvent à 1,76 M€ en 2019 et représentent 32 % des charges de gestion. Elles sont restées stables sur la période (+ 1 %) alors que l'établissement a

bénéficié du mécanisme de convergence tarifaire au niveau de ses ressources en soins (+ 10 %) (cf. § 2.2.1).

tableau 4 : évolution des charges de gestion réalisées de l'Ehpad

en €	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019
Achats	386 495	308 124	345 960	352 397	- 9 %
Services extérieurs	92 910	88 908	94 797	96 453	4 %
Autres services extérieurs	384 513	298 855	304 680	289 651	- 25 %
Charges afférentes à l'exploitation courante	863 918	695 887	745 437	738 501	- 15 %
Personnel extérieur à l'établissement	0	14 689	6 832	2 102	-
Rémunérations d'intermédiaires et d'honoraires	337 145	309 045	354 659	736 808*	119 %
Rémunérations des personnels et charges	2 548 290	2 497 435	2 524 554	2 635 384	3 %
Charges afférentes au personnel	2 885 435	2 821 169	2 886 045	3 374 294	17 %
Charges locatives	682 625	739 103	698 483	511 400	- 25 %
Entretien et réparations	712 849	727 972	724 931	696 670	- 2 %
Dotation aux amortissements et aux provisions	198 048	225 991	144 330	148 912	- 25 %
Charges afférentes à la structure	1 593 522	1 693 066	1 567 744	1 356 982	- 15 %
Total des charges de gestion	5 342 875	5 210 122	5 199 226	5 469 777	2 %
Dont charges dépendance	505 508	520 904	540 319	465 195	- 8 %
<i>Dont charges de personnel dépendance</i>	<i>449 805</i>	<i>462 420</i>	<i>487 348</i>	<i>417 364</i>	<i>- 7 %</i>
Dont charges soins	1 744 552	1 720 576	1 678 246	1 759 107	1 %
<i>Dont charges de personnel soins</i>	<i>1 335 444</i>	<i>1 343 484</i>	<i>1 260 354</i>	<i>1 356 689</i>	<i>2 %</i>
Charges dépendance + soins	2 250 060	2 241 480	2 218 565	2 224 303	- 1 %
Charges de personnel dépendance + soins	1 785 249	1 805 904	1 747 702	1 774 053	- 1 %

Source : balance des comptes, compte administratif 2016 et ERRD

* En 2019, les frais de siège changent d'imputation comptable, expliquant majoritairement la hausse du poste « rémunérations d'intermédiaires et d'honoraires ».

Les charges de personnel des sections soins et dépendance ont diminué de 1 %. Cette baisse résulte d'un mouvement inverse entre les charges de personnel afférentes aux emplois d'aides-soignants (AS), d'aides médico-psychologiques (AMP) et de psychologue (+ 11 %) et les charges relatives aux interventions du MEDEC, des infirmiers (IDE) et des auxiliaires médicaux²² (- 21 %) (cf. *infra*).

tableau 5 : détail des charges de personnel des sections soins et dépendance

en €	2016	2017	2018	2019
1. Charges de personnel afférentes aux AS, AMP, psychologues	1 015 451	1 082 928	1 062 758	1 131 141
2. Autres charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes (30 % des agents de service)	167 220	174 190	194 472	169 207
3. Charges relatives aux interventions du MEDEC, du personnel médical (hors médecins assurant des consultations auprès des résidents), et d'auxiliaires médicaux (not. infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures) assurant les soins, à l'exception de celle des diététiciens	602 578	548 786	490 473	473 705
Total des charges de personnel soins et dépendance	1 785 249	1 805 904	1 747 702	1 774 053

Source : Korian

Le montant des charges relatives aux prestations de service à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales a diminué de 60 %, passant de 166 908 € à 67 815 €, de même que les charges relatives aux fournitures liées à l'incontinence ont baissé d'un tiers (de 40 452 € à 27 243 €). La diminution de ces charges s'explique par la baisse du taux d'occupation (cf. § 1.2.2).

²² Kinésithérapeutes notamment.

En conclusion, alors qu'il disposait, dès 2018, de moyens revalorisés grâce à l'effet positif de la convergence tarifaire sur ses dotations, l'établissement n'a pas mis en œuvre immédiatement les moyens en personnel correspondant aux besoins des résidents, évalués par les coupes des autorités de tarification.

Au contraire, l'établissement a, dans le même temps, diminué ses charges en raison de la baisse d'activité et temporisé l'utilisation des ressources de médicalisation. Dans sa réponse, le groupe justifie ce décalage dans les recrutements par les tensions du marché du travail et le manque d'attractivité du secteur.

En définitive, cette situation a constitué un effet d'aubaine et ce n'est que dans le courant de l'année 2020 que la création et le renfort de postes en dépendance et soins ont été actés par le groupe Korian (4,4 ETP) (cf. § 3.1.2), dans le cadre d'un plan global de dotation en personnels complémentaires du groupe.

2.2.3. La formation et l'affectation des résultats

Depuis la loi ASV, l'affectation des résultats est définie librement par le gestionnaire, sachant que les déficits ne sont plus repris par les autorités de tarification. Les excédents sont affectés prioritairement à l'apurement des déficits antérieurs, et dans le cas contraire, à un compte de report à nouveau ou en réserve de compensation.

tableau 6 : résultats des sections dépendance et soins

en €	2016		2017		2018		2019	
	Dép.	Soins	Dép.	Soins	Dép.	Soins	Dép.	Soins
Excédent / déficit dépendance et soins	- 7 164	- 2 471	- 31 111	16 277	- 39 628	68 566	42 733	176 439

Source : ERRD et rapports ERRD

Les sections soins et dépendance font apparaître un déficit en 2016 et 2017. À compter de 2018, première année d'application de la nouvelle équation tarifaire, l'établissement enregistre un excédent ; ce dernier est particulièrement important en 2019 et se concentre essentiellement en section soins. Les excédents soins ont été affectés à la réserve de compensation, permettant de couvrir d'éventuels futurs déficits. La progression de la dotation soins de l'établissement a alimenté cet excédent de façon importante, les charges de la section n'évoluant pas à la même vitesse.

2.3. Les dépenses d'investissement

Les dépenses d'investissement effectuées dans les établissements de la SAS Medotels sont financées par la SA Korian ; elles n'apparaissent donc pas dans les comptes de la SAS Medotels. Le groupe Korian estime financer 90 % des investissements de ses Ehpad, 10 % étant financés *via* l'allocation de crédits non reconductibles par les autorités de tarification.

Le groupe a identifié deux enveloppes en fonction de la nature des investissements :

- l'enveloppe « CAPEX maintenance » déclinée en trois sous enveloppes pour les dépenses de sécurité et d'équipements importantes (à la main du responsable technique régional) ou mineures (enveloppe par lit à la main du directeur régional et de la direction locale) ainsi que

pour les crédits non reconductibles fléchés en investissement alloués par les autorités de tarification ;

- l'enveloppe « CAPEX développement » est consacrée aux rénovations des Ehpad réalisées sous le nom de « programme Boost ». Elle bénéficie à environ 25 établissements par an.

Les dépenses d'investissement réalisées à l'Ehpad Korian Catalogne ont triplé sur la période 2016 à 2019. Outre des dépenses de sécurité, elles ont permis l'amélioration de l'accueil des résidents et des conditions de travail du personnel, notamment par l'aménagement d'un pôle soins unique situé au premier étage. Dans le cadre du programme Boost, deux chambres ont fait l'objet d'une réfection en 2016 et trois en 2019.

tableau 7 : dépenses d'investissement

en € TTC	2016	2017	2018	2019
Investissements	51 772	48 136	96 372	218 615

Source : Korian – TTC : toutes charges comprises

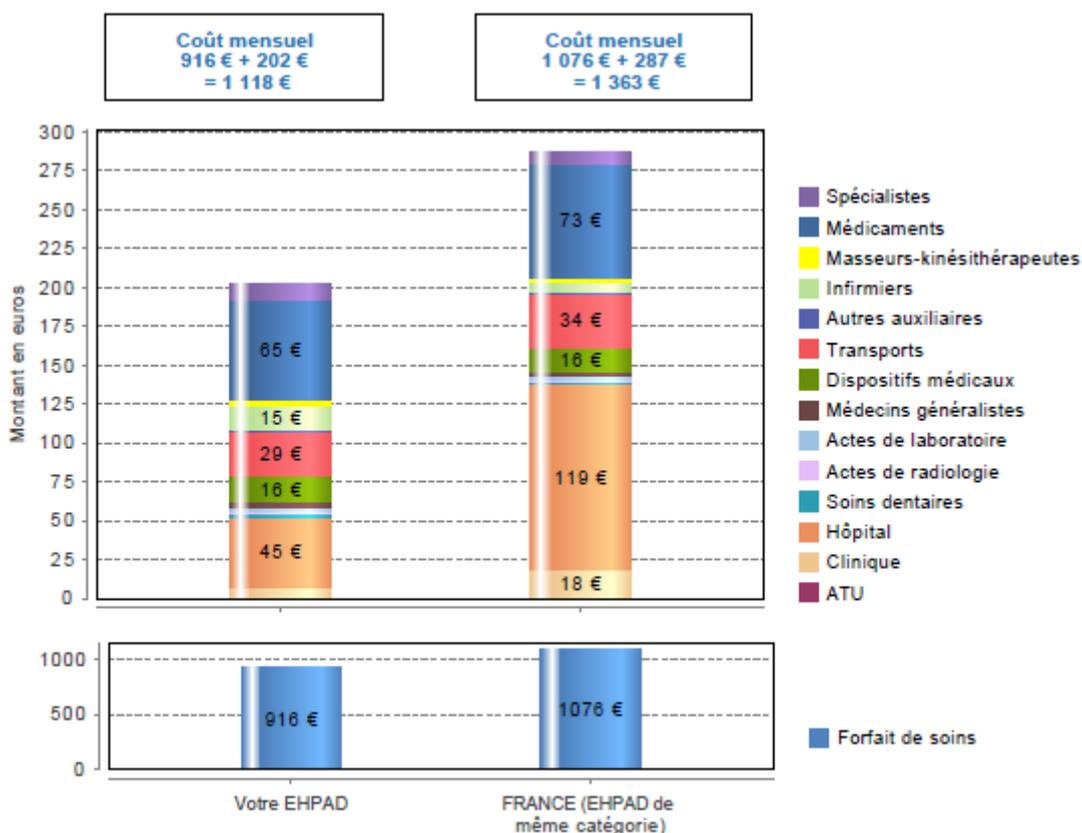
L'établissement devait bénéficier d'une opération d'investissement ayant pour objet des aménagements et des prestations de décoration pour 58 chambres ainsi que la rénovation d'une salle de bain permettant un accompagnement spécifique des résidents. Ce projet a cependant été retardé en raison de la crise sanitaire. Dans sa réponse, le groupe indique que « compte tenu de la crise sanitaire et de ses impacts tant sur la réglementation liée à l'accès aux personnes extérieures au sein de l'établissement que sur l'activité, le projet Boost sur ce site est à nouveau à l'étude. Dans cette attente, les investissements sont poursuivis afin de maintenir la qualité hôtelière de la prestation ».

2.4. Les dépenses externes (soins de ville et d'hôpital)

Selon le profil individualisé de l'établissement²³, le coût complet pour l'assurance maladie d'un résident accueilli dans l'établissement est inférieur à la moyenne nationale. L'ensemble des dépenses de soins (forfait global et dépenses externes de soins) s'établissait à 1 118 € par mois et par résident en 2018 et à 1 363 € pour les Ehpad de la même catégorie tarifaire (tarif global sans pharmacie à usage intérieur).

²³ Le profil de l'établissement est issu de l'outil RESID-Ehpad, fourni à la demande par la CNAM.

graphique 2 : coût mensuel de soins par résident et par poste en 2018



Source : profil Ehpad - CNAM

Le forfait soins représentait pour les résidents un montant de 916 € contre 1 076 € pour les Ehpad de même catégorie. Le volume des dépenses externes de soins, au-delà du forfait, était également plus faible pour les résidents puisqu'il s'établissait à 202 € par mois contre 287 € dans les autres établissements.

Cet écart s'explique essentiellement par un taux de recours aux hospitalisations moindre, les dépenses liées à des hospitalisations étant nettement inférieures à celles des Ehpad de la même catégorie. L'établissement a, en effet, réduit le recours aux urgences grâce à des partenariats ayant permis d'améliorer le parcours de soins des résidents, notamment en faisant intervenir en son sein l'hospitalisation à domicile (cf. § 4.2.4).

2.5. L'absence d'évaluation des budgets consacrés à la prévention collective

Sur la période, l'Ehpad a sollicité et reçu, à deux reprises, des crédits non reconductibles de la part de l'ARS visant à financer des actions de prévention collective : financement d'une formation et de matériel dans le cadre de la prévention de l'hygiène bucco-dentaire (2 678 € en 2018), financement d'actions relatives à la promotion de l'activité physique adaptée (3 750 € en 2019). Le groupe précise, dans sa réponse, avoir formulé en 2020 une demande de transformation des crédits relatifs à l'hygiène bucco-dentaire pour l'installation de rails de transferts.

En dépit des faibles montants de ces actions ponctuelles, l'Ehpad n'a pas produit d'évaluation des actions menées, dont le degré de mise en œuvre et la mesure des impacts est pourtant prévue au CPOM.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gestion financière des Ehpads du groupe Korian est largement centralisée au siège et échappe ainsi en grande partie aux directeurs d'établissement. L'organisation centralisée du groupe génère des frais de siège, en forte hausse sur la période. Le prélèvement de ces frais s'explique par le fonctionnement d'une entreprise organisée en un siège centralisateur qui délivre des prestations pour les entités qu'il gère.

La chambre souligne que l'Ehpad Korian Catalogne a bénéficié de la nouvelle équation tarifaire sur ses ressources de médicalisation à compter de 2018 ; nonobstant les difficultés sectorielles de recrutement invoquées par le groupe Korian, ce n'est qu'en 2020 que des moyens supplémentaires en dépendance et soins ont été actés par le groupe Korian. Dans le même temps, l'établissement a enregistré une diminution de ses charges en dépendance et en soins, en raison de la baisse de son activité ; l'établissement a donc dégagé des excédents en 2018 et en 2019, notamment sur la section soins.

3. LES PERSONNELS AUPRÈS DES RÉSIDENTS

La qualité de la prise en charge des résidents en Ehpad repose en premier lieu sur les moyens humains. Le niveau de service offert aux personnes prises en charge dépend à la fois du nombre de professionnels présent à leurs côtés mais aussi de leur qualification, de leurs compétences et de leur bonne coordination.

3.1. Les moyens humains disponibles

3.1.1. L'évolution des effectifs

Sur la période 2016 à 2019, les effectifs de l'Ehpad Korian Catalogne ont diminué de 1 %.

tableau 8 : évolution des effectifs (en ETPR²⁴)

	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019 en %
CDI	50,1	52,8	48,8	47,7	- 5 %
CDD	13,7	9,7	13,3	15,4	12 %
Total effectif	63,9	62,5	62,1	63,1	- 1 %

Source : données communiquées par Korian

En 2019, l'établissement compte 76 % d'ETP en contrat à durée indéterminée (CDI) et 24 % en contrat à durée déterminée (CDD). La part des effectifs en CDD s'est accrue sur la période, en corrélation avec le taux de rotation des personnels et le taux d'absentéisme (cf. § 3.1.3). La part des personnels rémunérés en CDI est plus faible que celle observée au niveau des Ehpads du pôle Senior de Korian (84 % de CDI).

²⁴ ETPR : ETP rémunéré.

3.1.2. La stabilité de la répartition des effectifs par fonction

La répartition des effectifs par fonction est stable : le personnel de direction, des services généraux et d'animation représente en moyenne 19 %, le personnel soignant 56 % et les agents de service 25 %.

tableau 9 : évolution des effectifs en ETPR par catégorie de personnels

Nombre d'agents exprimé	2016	2017	2018	2019
Personnel de direction	4,0	4,0	3,7	3,8
Directeur	NR	NR	NR	1,8
Directeur adjoint, attaché de direction, économiste	NR	NR	NR	NR
Agent administratif et personnel de bureau	NR	NR	NR	2,1
Autre personnel de direction	NR	NR	NR	NR
Personnel des services généraux	6,6	6,2	6,0	6,0
Ouvrier professionnel	NR	NR	NR	NR
Agent de service général (lingerie, cuisine...)	NR	NR	NR	NR
Autre personnel des services généraux	NR	NR	NR	NR
Personnel d'animation	1,5	1,4	1,8	2,7
Animateur social	1,5	1,4	1,8	2,7
Personnel médical	0,7	0,7	0,7	1,0
Médecin coordonnateur	0,7	0,7	0,7	1,0
Psychologue, personnel paramédical ou soignant	35,7	34,3	33,2	35,1
Psychologue	0,4	0,4	0,4	0,6
IDE (dont 0,98 ETP de cadre infirmier)	7,3	6,4	6,0	6,0
Ergothérapeute	0,5	0,5	0,3	0,0
AS non assistant de soins en gériatrie	27,6	23,8	24,5	24,4
AMP non assistant de soins en gériatrie	0,0	3,3	2,1	4,1
Agent de service	15,4	15,9	16,7	14,4
Ensemble	63,9	62,5	62,1	63,1

Source : données Korian retraitées par la chambre régionale des comptes

* La hausse du temps de MEDEC en 2019 n'est que faciale, le médecin en poste ayant été absent pour maladie toute l'année puis il a quitté l'établissement. Il a été remplacé à hauteur de 50 % par un autre médecin.

En 2017, l'établissement a recruté des aides médico-psychologiques (AMP) diversifiant ainsi le profil des soignants, notamment pour répondre aux besoins spécifiques des résidents de l'espace Aloïs. En 2019, il a choisi de renforcer l'animation en créant un troisième poste d'animateur après un fort taux de renouvellement sur l'un des postes.

La hausse des dotations allouées par les autorités de tarification, à compter de 2018, ne s'est pas accompagnée immédiatement des recrutements correspondants aux besoins des résidents (psychologue, personnel soignant, médecin), dont le profil est marqué par une forte dépendance et une charge en soins élevée. Le groupe fait valoir les difficultés sectorielles pour attirer et recruter les professionnels du secteur du grand âge.

L'établissement a disposé d'un assistant de soins en gériatrie en 2019 et 2020. Un autre salarié est en cours de formation.

Le taux d'encadrement²⁵ est un indicateur de mesure des conditions d'accompagnement des résidents des Ehpad. En 2019, il s'établit à 56,9 ETP pour 100 places, proche du taux

²⁵ Le taux d'encadrement est obtenu par un calcul rapportant les effectifs du personnel en ETP sur le nombre de places installées. Le résultat est exprimé en nombre de personnels encadrant pour 100 lits.

d'encadrement constaté par la DREES²⁶ pour la catégorie des Ehpad privés commerciaux (55,6 ETP pour 100 places).

Il s'en distingue par un temps de psychologue inférieur à la moyenne (0,5 ETP contre 0,7 dans les Ehpad privés commerciaux), l'absence d'ergothérapeute et par un ratio infirmier également inférieur (5,4 ETP contre 5,9²⁷). À l'inverse, les ratios d'AS et d'AMP sont plus élevés (25,7 ETP contre 21).

En 2020, le groupe Korian a décidé de renforcer, de manière pérenne, les effectifs de l'Ehpad Korian Catalogne qui a ainsi bénéficié de la création de 4,4 ETP, décomposés comme suit : 3,3 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH) (dont 2 ETP de nuit), 0,2 ETP d'infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE) référente hygiène, 0,4 ETP supplémentaire de psychologue (le portant à 80 %) et 0,5 ETP de MEDEC (le portant à temps plein).

S'agissant des temps médicaux et paramédicaux supplémentaires, l'établissement dispose des moyens financiers nécessaires, en raison de l'impact de la convergence tarifaire sur ses dotations dépendance et soins.

La mise en place de ces effectifs complémentaires a porté le taux d'encadrement global à 60 personnels pour 100 résidents.

3.1.3. L'absentéisme et les remplacements

Sur la période examinée, l'Ehpad a été confronté à une hausse des taux de rotation de ses personnels²⁸ et à un absentéisme accru.

tableau 10 : taux de rotation

	2016	2017	2018	2019
Nombre de recrutements	5	2	4	12
Nombres de départs	2	4	7	11
Effectif réel en nombre de personnes au 31/12/N-1	61	62	61	59
Taux de rotation	6 %	5 %	9 %	19 %

Source : Korian, retraitements par la chambre régionale des comptes

Le groupe calcule, dans ses bilans sociaux, des taux de rotation²⁹ qui retracent cette évolution (9 % en 2018 et 19 % en 2019). Les principaux mouvements sont essentiellement constatés au niveau des fonctions soignantes (IDE et AS), notamment en 2019. Korian effectue une distinction entre le taux de rotation lié aux salariés d'une part³⁰ et à l'employeur d'autre part³¹ : ce dernier est prépondérant en 2019, l'établissement ayant procédé à quatre licenciements, une rupture conventionnelle et une fin de période d'essai à son initiative.

En réponse, le groupe Korian a indiqué que « les actions de fidélisation et d'attractivité développées au niveau de l'établissement ont permis de faire baisser le taux de rotation à

²⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Enquête EHPA 2015.

²⁷ Y compris le cadre infirmier.

²⁸ Le taux de rotation est exprimé sur les seuls CDI et est calculé de la manière suivante : [(nombre d'entrées + nombre de sorties) / effectif réels au 31/12/N-1] / 2.

²⁹ Le taux de *turn-over* calculé par Korian est exprimé selon la formule suivante : nombre de sorties CDI dans l'année / effectif CDI moyen annuel.

³⁰ Démission ou fin de période d'essai à l'initiative du salarié.

³¹ Licenciement, fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur, rupture conventionnelle.

l'initiative des salariés ». Cependant, en l'absence d'élément complémentaire chiffré sur ce point, la chambre maintient son observation quant à la hausse des taux de rotation.

Le taux d'absentéisme a augmenté sur la période, passant de 12 % en 2016 à 17 % en 2019. Cette hausse est liée à la recrudescence des absences pour maladies, lesquelles ont doublé. Elle s'observe essentiellement dans la filière soignante (AS et IDE)³².

Le taux d'absentéisme pour accident professionnel est en diminution, sous l'effet de la prise de plusieurs mesures de prévention des risques professionnels, notamment des troubles musculo-squelettiques (équipement de 10 chambres en rails de transfert, acquisition de chaises douches, formation de six personnels aux bonnes pratiques de manutention). Le document unique d'évaluation des risques professionnels a été remis à jour en 2019, en lien avec le préventeur du groupe Korian.

Par ailleurs, l'établissement peut s'appuyer sur une politique sociale favorable négociée par le groupe (accélération des transformations de CDD en CDI, revalorisation des grilles salariales des métiers en tension, versement d'un treizième mois, primes de participation annuelles...). En dépit de toutes ces mesures, le taux d'absentéisme pour maladie n'a cessé de croître sur la période contrôlée.

tableau 11 : taux d'absentéisme en %

	2016	2017	2018	2019
Taux d'absentéisme pour maladie	7,1	8,2	11,7	14,4
Taux d'absentéisme pour accident	4,8	3	3,7	2,6
Taux d'absentéisme global	11,9	11,2	15,3	17,0

Source : Korian, bilans sociaux

L'ensemble des actions et avantages mis en œuvre n'a donc pas donné de résultat tangible en termes de stabilisation des équipes, les taux de rotation et d'absentéisme se dégradant également sur la période contrôlée. Ces deux facteurs cumulés nuisent à la stabilité des équipes auprès des résidents et à la qualité de leur prise en charge puisqu'ils conduisent à effectuer des remplacements ce qui nécessite, pour chaque nouvel entrant, de s'approprier les protocoles, les habitudes et besoins des résidents.

Ce n'est qu'en 2020 que le groupe est parvenu à renforcer effectivement les moyens humains affectés à la prise en charge de la dépendance et des soins dans l'établissement.

3.2. L'organisation et la coordination

L'organisation et la coordination des équipes de soins au sein d'un Ehpad repose sur le triptyque directeur / MEDEC / IDEC. La présence effective et l'entente de ces trois professionnels conditionnent les bases d'une bonne coordination des équipes.

3.2.1. L'organisation managériale de la prise en charge

L'Ehpad a connu un important taux de renouvellement depuis 2017, en particulier des membres de l'équipe de direction et, en premier lieu, des directeurs. Quatre directeurs se sont

³² AS : de 4,9 % en 2016 à 17,4 % en 2019 ; IDE : de 2,7 % en 2016 à 19,7 % en 2019.

succédé depuis 2016³³. L'équipe de direction s'est progressivement stabilisée à compter de 2018 avec l'arrivée d'une directrice puis, en 2019, d'un médecin coordonnateur (MEDEC), d'un directeur adjoint et d'une infirmière coordonnatrice (IDEC). Ce renouvellement de gouvernance a été soutenu par le groupe, qui a notamment eu recours aux services d'un cabinet de recrutement pour la directrice et l'IDEC, et a fait appel à un directeur adjoint déjà présent dans le groupe. Le groupe a souhaité augmenter le temps de MEDEC, gériatre, en lui proposant un temps plein à compter de septembre 2020. Il est relevé que l'Ehpad accorde un rôle de coordination important à la psychologue qui est chargée notamment de l'élaboration et du suivi des projets personnalisés. En fin d'année 2020, le groupe a nommé le directeur adjoint chef d'établissement et a lancé le recrutement d'un cadre chargé des relations avec les familles et de la vie sociale.

L'équipe de direction indique s'être particulièrement concentrée sur la résolution des problématiques identifiées par l'audit interne de 2018 et la stabilisation de l'équipe infirmière. Afin d'améliorer l'organisation managériale de la prise en charge du résident, le pôle soins a été restructuré en 2019 avec l'aménagement d'un bureau partagé pour le MEDEC, l'IDEC, la psychologue facilitant ainsi les échanges et leur coordination ainsi qu'une salle de réunion.

Le groupe Korian a mis en place un médecin « ambassadeur » qui vient en soutien de ses homologues présents dans les établissements du groupe ainsi que des référents métiers (infirmiers hygiénistes par exemple). Le MEDEC a souligné l'efficacité de ce dispositif, particulièrement utile lors de sa prise de fonctions.

Des réunions de service sont organisées deux fois par semaine avec les équipes soignantes. L'IDEC rencontre les équipes de nuit une fois par mois. Enfin, un comité de direction se réunit une fois par semaine en formation restreinte³⁴ et une fois tous les 15 jours en formation élargie³⁵.

3.2.2. Les cycles de travail

L'accord de performance collective du groupe relatif à l'aménagement du temps de travail du 21 juin 2019 définit les salariés travaillant sur la base d'un forfait jours. Il s'agit des cadres des établissements soit, pour l'Ehpad, la directrice, le directeur adjoint, l'IDEC, la psychologue et le MEDEC.

Pour les salariés non cadres, l'accord relatif à l'organisation du travail du 3 juillet 2019 prévoit des cycles de travail d'une durée maximale de 12 semaines, avec une durée hebdomadaire moyenne de 35 heures. Conformément à cet accord, l'établissement a mis en place des cycles de 10 heures de travail sur des plages de 12 heures, avec des coupures en milieu de journée, comprises entre 1 et 2 heures 30. Ces coupures permettent de concentrer l'activité des personnels le matin et le soir. L'amplitude horaire journalière ne peut excéder 13 heures. Les fiches de tâches des AS et des IDE sont conformes à cet accord.

3.2.3. La permanence des soins et les transmissions

En journée, les effectifs sont répartis de la façon suivante : 12 AS/AMP et deux IDE. L'équipe de nuit est composée de deux AS et, depuis mai 2020, d'un ASH, mesure prise par le

³³ Dont deux directeurs par intérim sur une période de cinq mois.

³⁴ Comité de direction en formation restreinte : directrice, directeur adjoint, MEDEC, IDEC.

³⁵ Comité de direction en formation élargie : les membres du comité de direction restreint et l'assistante ressources humaines, l'agent d'accueil, le responsable technique, le chef de cuisine, la gouvernante.

groupe pour optimiser la surveillance des appels des malades et renforcer l'hygiène. Il n'y a pas de rupture des effectifs soignants le *week-end*. Des astreintes sont assurées par sept cadres, à tour de rôle³⁶.

Le relais entre les équipes soignantes est assuré par des transmissions informatisées au moyen du logiciel Netsoins ; elles alimentent le dossier informatisé du résident. Un seul chevauchement est prévu dans les fiches de poste entre une AS de jour et une AS de nuit pour les transmissions orales. Les autres temps de transmissions ne sont pas formalisés dans les fiches de poste comme un temps de travail.

L'établissement ne dispose pas d'IDE de nuit. Les conditions de candidature à l'appel à projets 2019 lancé par l'ARS avait conduit l'établissement à se rapprocher des structures environnantes à des fins de mutualisation, sans que cette démarche n'aboutisse. Depuis, l'ARS n'a pas publié de nouvel appel à projets.

3.3. Les métiers et fonctions cardinales

3.3.1. Le médecin coordonnateur et les médecins traitants

Les missions du MEDEC sont définies à l'article D. 312-158 du CASF, modifié par le décret n° 2019-714 portant réforme du métier de MEDEC. Il veille notamment à la qualité des soins, à leur permanence et à l'application de bonnes pratiques gériatriques. Il est chargé d'élaborer le projet de soins en lien avec l'équipe soignante. Il participe à l'encadrement technique des professionnels de santé, notamment par des actions de formation et d'information, et rédige les rapports annuels médicaux. Enfin, il coordonne l'action des professionnels, à l'intérieur de l'établissement, notamment *via* la commission gériatrique, et à l'extérieur avec les réseaux gérontologiques.

Sur la période de contrôle, l'établissement disposait d'un mi-temps de coordination médicale. Depuis le dernier trimestre 2020, l'Ehpad dispose de ce MEDEC à temps plein. Son rôle sera particulièrement majeur dans l'élaboration du projet de soins, à l'occasion de la finalisation du projet d'établissement.

Les MEDEC successifs ont établi les rapports annuels d'activité médicale. Il est cependant relevé une dégradation quant à leur exhaustivité, qui s'explique pour le rapport portant sur l'année 2018 par le changement de médecin et pour le rapport 2019 par la vague épidémique de Covid-19 au sein de l'établissement (cf. partie 5). Le groupe indique son intention d'harmoniser et de suivre la production de ces rapports à compter de 2022.

Quinze médecins libéraux interviennent dans l'établissement, dont sept le plus souvent, ce qui facilite le travail de coordination dévolu au MEDEC. L'établissement n'a cependant pas conclu de contrat d'intervention³⁷ avec les médecins libéraux conformément au modèle-type établi par l'arrêté du 30 décembre 2010 pris en application du décret n° 2010-1731 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les Ehpad. Ces contrats constituent un levier en vue d'une meilleure coordination des soins, en fixant des obligations réciproques équilibrées, notamment des engagements en matière de coordination et d'échanges d'informations. Les documents sur la qualité du groupe Korian ne comprennent pas d'engagement en la matière.

³⁶ Les personnels d'astreinte sont la directrice, le directeur adjoint, l'assistante ressources humaines, l'animateur responsable, le chef cuisinier, le responsable technique et la gouvernante.

³⁷ Seules six chartres de collaboration, qui datent de 2009, ont été transmises. Deux d'entre elles sont encore en vigueur.

Le groupe souligne que l'établissement a écrit aux médecins libéraux intervenant en son sein en 2020, sans résultat, en raison d'une « réticence des praticiens libéraux à signer de tels contrats ».

La chambre recommande à l'établissement de :

3. Conclure des contrats de coordination avec les médecins libéraux intervenant régulièrement auprès des résidents accueillis, conformément à l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles. *Non mise en œuvre.*

La commission de coordination gériatrique est une instance présidée par le MEDEC. Elle doit favoriser les échanges et les réflexions entre les professionnels de l'Ehpad et les intervenants libéraux, notamment les médecins traitants. L'article D. 312-158 du CASF prévoyait qu'elle se réunisse au minimum deux fois par an. L'Ehpad ne l'a réunie qu'une seule fois par an en 2017 et 2018, et elle n'a pas été tenue en 2016 (au lieu de deux réunions comme prévu par le CASF). En 2019, elle s'est tenue une fois, respectant les dispositions du décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 fixant une réunion par an *a minima*. En 2020, elle ne s'est pas tenue. Le groupe indique que les réunions de coordination internes permettent d'organiser l'intervention des personnels de l'établissement. La chambre rappelle que ce type de réunion n'a pas la même finalité que la commission gériatrique, laquelle est présidée par le MEDEC et doit conduire à la participation des médecins libéraux.

La présence à temps plein du MEDEC devra permettre la tenue de ces commissions de façon plus régulière.

3.3.2. L'infirmier coordonnateur et la psychologue

Sous l'autorité du directeur et en collaboration avec le MEDEC, l'IDEC est responsable de l'organisation, de la coordination et du contrôle des activités de soins dans leur globalité. Il participe à l'élaboration du projet de soins. Il planifie et encadre le travail de l'équipe soignante, en veillant à assurer la continuité des soins. Il veille à l'application des protocoles de soins.

Trois IDEC se sont succédés depuis 2017. L'IDEC en poste dispose du diplôme requis et est spécialisée en soins palliatifs, en prise en charge de la maladie d'Alzheimer et en méthode humanité.

La coordination et le suivi des projets personnalisés, qui relève de l'IDEC, a été largement confiée à la psychologue en raison notamment de son ancienneté dans l'établissement.

3.3.3. Les équipes de soins du quotidien et les intervenants extérieurs

La prise en charge des résidents en Ehpad est assurée au moyen d'une équipe pluridisciplinaire composée des personnels de soins quotidiens (IDE, AS ou AMP), mais aussi de professionnels intervenants sur des temps réduits : il s'agit notamment des fonctions d'ergothérapeute, kinésithérapeute et psychologue.

S'agissant des AS, le groupe indique rencontrer des difficultés de recrutement. Il a dès lors recours à des faisant fonction d'AS non diplômés, notamment dans le cadre des remplacements. La part de ces personnels « faisant fonction » connaît une hausse sensible entre 2016 et 2019 (de 1,84 ETP à 6,15 ETP). Elle représente, en 2019, 25 % de l'effectif des AS. Bien que le groupe incite ces personnes à s'inscrire dans une démarche de validation des acquis de l'expérience (une

personne par année en moyenne), l'embauche de personnels non diplômés présente le risque d'un glissement de tâches vers des personnels moins qualifiés.

En l'absence d'élément complémentaire chiffré s'agissant de l'effectif de personnel faisant fonction en réponse sur ce point, la chambre maintient son observation.

Par ailleurs, l'Ehpad ne dispose plus d'ergothérapeute depuis 2019. Une infirmière référente hygiène, à mi-temps, est en cours de recrutement. Six kinésithérapeutes interviennent régulièrement au sein de la structure, dont deux quotidiennement.

3.4. La formation continue

Sur la période 2016 à 2019, le budget alloué à la formation continue s'élève à 139 364 €³⁸. L'essentiel des formations assurées est choisi dans le catalogue de l'institut de formation Korian.

Les formations réalisées respectent pour l'essentiel les plans de formation prévisionnels. Les formations organisées sur la période sous revue ont réuni 187 participants³⁹, avec une moyenne annuelle de 47 participants. Elles concernent en majorité la qualité de la prise en charge des résidents : méthode Montessori, accompagnement des personnes âgées en fin de vie, gestes de premiers secours, psychopathologies, thérapies non médicamenteuses, risque de dénutrition.

L'établissement met également en place des formations liées au bien-être au travail (postures, manutention) et favorise les parcours professionnels de ses salariés. La chambre relève que deux AS ont suivi une formation qualifiante d'assistant de soins en gériatrie en 2018, sans que, pour autant, des fiches de fonctions spécifiques aient été élaborées, nonobstant la valorisation individuelle et l'affectation d'une prime associée à cette formation.

Des formations liées au *management* et à la maîtrise des outils informatiques sont régulièrement réalisées.

En 2019, il est constaté un tassement de l'effort de formation, que le groupe justifie par la mise en place de la réforme de la formation professionnelle : 367 heures de formation ont été dispensées contre 1 244 heures⁴⁰ en moyenne entre 2016 et 2018 ; le budget consacré à la formation a été moins élevé⁴¹.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'Ehpad rencontre des difficultés structurelles liées à l'instabilité du personnel, notamment depuis 2019 : les taux de rotation et d'absentéisme s'aggravent et touchent plus particulièrement les fonctions soignantes. Par ailleurs, le pilotage de l'établissement a également été marqué par un important taux de renouvellement au niveau de l'équipe de direction.

Alors que l'établissement a bénéficié de la convergence tarifaire dès 2018, la hausse de ses dotations soins et dépendance ne s'est pas traduite immédiatement par des recrutements de personnels médicaux et soignants. Malgré les difficultés de recrutement invoquées par

³⁸ Dont 28 823 € en 2016 correspondants aux crédits non reconductibles alloués par l'ARS.

³⁹ Hors formations financées par des crédits non reconductibles (CNR).

⁴⁰ Hors les 1 505 heures réalisées lors des formations financées sur CNR en 2016.

⁴¹ 21 495 € en 2019 contre une moyenne de 28 349 € hors CNR entre 2016 et 2018.

l'établissement, la chambre souligne que ce n'est qu'en 2020 que le groupe Korian a effectivement recruté 4,4 ETP supplémentaires.

Effectivement, malgré une politique sociale favorable, l'établissement connaît des difficultés de recrutement notamment au niveau des AS, et fait appel de façon croissante à des personnels faisant fonction d'AS, non diplômés. La formation professionnelle est, dans ce contexte, un outil indispensable pour assurer la qualité de la prise en charge des résidents. Le tassement des actions de formation, constaté en 2019, doit conduire l'établissement à une meilleure prise en charge dans ce domaine afin de se doter de compétences pérennes.

Enfin, la coordination médicale doit être renforcée par l'élaboration de rapports d'activité médicaux exhaustifs, la conclusion de contrats de coordination avec les médecins libéraux intervenant régulièrement dans l'établissement, et par la tenue plus régulière de la commission de coordination gériatrique.

4. LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS

4.1. Les marqueurs de qualité pour l'accompagnement individuel

4.1.1. Les évaluations, contrôles et traitement des plaintes et réclamations

4.1.1.1. Les obligations réglementaires en matière d'évaluations

Les activités et la qualité des prestations en Ehpad sont soumises à des évaluations internes et externes introduites par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et codifiées à l'article L. 312-8 du CASF. L'établissement a rempli ses obligations en la matière en conduisant une évaluation interne en 2012 sur la base d'un référentiel d'auto-évaluation proposé par le groupe Korian. Elle a également procédé à une évaluation externe en 2013⁴², dans les délais prévus par l'article D. 312-205 du CASF. À son issue, les autorités de tarification ont accordé un renouvellement tacite de l'autorisation de l'établissement pour 15 ans⁴³.

4.1.1.2. Les contrôles et auto-évaluations supplémentaires réalisés par l'Ehpad et le groupe

Outre ses obligations réglementaires en matière d'évaluation, l'établissement fait l'objet de contrôles et d'auto-évaluations réguliers, à hauteur d'une dizaine par an.

Parmi ces contrôles, des audits de type qualité sont diligentés en interne tous les deux ans par le groupe Korian. Ils permettent d'évaluer le niveau de conformité aux exigences de la réglementation et aux procédures du groupe Korian en termes de prise en charge des résidents. Des auto-évaluations sont réalisées : il s'agit des auto-évaluations relatives aux soins (prise en charge des résidents et pratiques professionnelles), à la prise en charge médicamenteuse (circuit du médicament) et à la maîtrise du risque infectieux. Des audits externes ciblés sont réalisés par des partenaires extérieurs (sécurité, cuisine...) à la demande ou du fait d'obligations réglementaires. Ces audits externes sont gérés par le siège de Korian. À leur issue, un plan d'action

⁴² Les conclusions de l'évaluation externe ne relèvent pas de faiblesses particulières et indiquent que l'établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

⁴³ Arrêté de l'ARS Occitanie et du département des Pyrénées-Orientales du 12 décembre 2016 portant renouvellement de l'autorisation à compter du 4 janvier 2017.

de réduction des écarts est formalisé. Il peut porter sur des investissements, du personnel et de la formation.

Le groupe a transmis plusieurs de ces audits dont les résultats sont les suivants :

- des audits qualité menés en 2016 et 2018, il ressort une dégradation du résultat global de l'établissement, passant de 91 % de conformité en 2016 à 70 % en 2018. Le dernier rapport d'audit souligne le renouvellement⁴⁴ complet des membres du comité de direction fin 2018 - début 2019. Il met l'accent sur le travail à mener pour améliorer les projets personnalisés des résidents. Il relève par ailleurs une traçabilité perfectible, corroborée par les difficultés du groupe à communiquer ou à produire certains indicateurs (cf. § 4.1.2.2 et 4.2.1.1) ;
- trois auto-évaluations relatives à la prise en charge des résidents et aux pratiques professionnelles ont été menées. Les résultats en matière de prise en charge se sont dégradés en 2018 (66 %) comparativement à 2016 (96 %). En amélioration en 2020, le taux d'atteinte des objectifs atteint 83 %.

4.1.1.3. Le dispositif de contrôle du traitement des plaintes et des réclamations

L'Ehpad a mis en place, d'une part, un dispositif de déclaration et de traitement des plaintes et réclamations des résidents et des familles et, d'autre part, un dispositif de déclaration et de traitement des évènements indésirables graves (EIG) :

- les réclamations des résidents et des familles font l'objet d'un accusé de réception dans les deux jours et une réponse circonstanciée doit être effectuée dans un délai de 15 jours. L'évolution du nombre de réclamations sur la période sous revue n'a pas été communiquée par le groupe. Seules les données 2020 ont été produites, l'établissement ayant recensé trois réclamations formulées par des familles ;
- les EIG : conformément à l'article L. 331-8-1 du CASF, l'établissement informe sans délai les autorités de tarification des EIG. Il remplit l'outil de déclaration et de suivi et les déclarations aux autorités sont retracées. L'établissement a recensé 20 évènements de ce type entre 2016 et 2020. Leur traitement a été réalisé de manière particulièrement sérieuse. L'ensemble des EIG déclarés a été clôturé. Depuis 2019, leur traitement et leur suivi font l'objet d'une information au conseil de la vie sociale (CVS).

4.1.1.4. Les enquêtes de satisfaction des résidents et des familles

L'établissement procède annuellement à des enquêtes annuelles de satisfaction. Leurs résultats sont présentés en CVS.

Si le taux de satisfaction est proche des 100 % pour les résidents, ces derniers ont exprimé leur mécontentement quant à l'animation en 2018 (31 % d'insatisfaits notamment dans le choix des activités).

Le taux global de satisfaction se dégrade pour les familles (de 96 % de satisfaction en 2017 à 84 % en 2019), notamment pour l'*item* « écoute et information ».

⁴⁴ La directrice est arrivée en avril 2018, le directeur adjoint en juin 2019 ; le MEDEC a pris ses fonctions le 1^{er} janvier 2019 et l'IDEC en octobre 2019.

L'ensemble des résultats de ces évaluations, contrôles et questionnaires est intégré dans un plan d'actions « qualité », qui permet un suivi consolidé des actions d'amélioration issues des évaluations internes et externes, des réclamations et des plaintes, du suivi des indicateurs dans le cadre d'auto-évaluations ou d'audits qualité, des actions à mettre en place à la suite des questionnaires de satisfaction résidents/familles et salariés. Cet outil est particulièrement bien suivi (280 actions ouvertes à compter de l'arrivée de la directrice en 2018, dont les deux tiers ont été clôturées, les autres étant en cours ou en attente) et constitue un instrument de pilotage et de *management*, notamment en matière de suivi et d'amélioration de la prise en charge des résidents.

4.1.2. La mise en œuvre des bonnes pratiques de prise en charge

4.1.2.1. De nombreux protocoles retraçant les bonnes pratiques de prise en charge

Le groupe Korian met à disposition de ses établissements des outils permettant aux équipes de disposer d'un panel de bonnes pratiques issues de la réglementation mais également de l'agrégation des bonnes pratiques remontées par les établissements *via* les directions régionales, permettant aux établissements de bénéficier de l'effet groupe. Six documents regroupant protocoles et fiches de procédures ont été transmis : manuel qualité Korian, l'abrégé de soins, le référentiel Korian, les fiches réflexes urgences en Ehpad, le mémo soins, qualité et sécurité, le mémo d'alerte établissement. Quatre processus directement liés à la prise en charge du résident ne sont pas rédigés dans le manuel qualité : fin de vie, prise en charge de la douleur, dossier du résident, identification du résident.

Si l'ensemble de ces supports est disponible, centralisé et identifiable, notamment pour le personnel remplaçant, la multiplication des protocoles et procédures rend difficile leur appropriation par les équipes. L'audit qualité mené en 2018 au sein de l'établissement relève que « le classeur des bonnes pratiques est émarginé mais la diffusion n'est pas réalisée pour la plupart des procédures ». De même, dans le thème « visites de nuit », il est observé que « les protocoles et conduites à tenir sont connus mais pas les fiches réflexes ».

4.1.2.2. Une traçabilité perfectible

Les principaux domaines pouvant faire l'objet de bonnes pratiques en matière de soins, notamment paramédicaux, sont rythmés par le déroulement d'un séjour et d'une journée.

L'audit qualité de 2018 relève dans l'*item* « parcours du résident » des problèmes de traçabilité liés à des informations non retracées dans le plan de soins de chaque résident. À titre d'exemple, ne sont pas systématiquement indiqués l'aide au coucher ou le suivi de la douleur. Par ailleurs, l'audit souligne l'absence de recherche systématique à l'entrée des troubles de la déglutition et du risque de déshydratation et un suivi perfectible. Le rapport relève *in fine* que « les actions ne sont pas toujours retrouvées dans le plan de soins ».

La traçabilité de certains actes, pourtant prévue par le manuel qualité, n'a pu être vérifiée en l'absence de transmission des indicateurs par le groupe : taux de résidents ayant un accompagnement à la toilette dans le plan de soins, nombre de changes la nuit par profil de résidents.

Le groupe indique avoir doté les équipes de tablettes en 2019. Ces dernières permettent l'enregistrement en temps réel des actes, notamment de soin, par le personnel soignant, et en

conséquence la mise à jour au fil de l'eau du dossier du résident informatisé. Par ailleurs, l'IDEC indique faire des rappels réguliers des procédures, notamment lors de réunions de service, organisées deux fois par semaine, les mardi et jeudi.

Enfin, en 2020, le groupe a demandé la mise en place d'un tableau des indicateurs de la charge en soins permettant d'obtenir des statistiques précises (chutes, contentions, dénutrition, escarres, douleur...) à partir du remplissage des dossiers individuels des résidents. Ce tableau de bord, dont le suivi peut être délégué à l'IDEC ou au MEDEC, n'a toutefois pas été fourni par l'établissement.

En 2021, le groupe a initié une nouvelle application permettant le suivi d'un ensemble d'indicateurs soins pour l'ensemble de ses Ehpad. Au niveau de l'Ehpad, le déploiement de cet outil devrait être réalisé à la fin de l'année 2021, ce dont la chambre prend acte.

4.1.3. La participation à la vie de l'établissement et citoyenne

4.1.3.1. Les instances de vie sociale

Créé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, le conseil de la vie sociale (CVS) est une instance consultative ayant pour objet d'associer les résidents et leur famille à la vie de l'établissement : il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement⁴⁵. Il est obligatoirement mis en place lorsque l'établissement assure un hébergement continu. Il est constitué des représentants des personnes accueillies, des familles, de l'organisme gestionnaire et des personnels. Les membres sont élus pour une durée de trois années.

Si l'Ehpad a procédé à l'élection du CVS fin 2018, sa composition n'est pas conforme à la réglementation⁴⁶. En effet, le nombre de représentants des personnes accueillies et des représentants des familles doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. Or seul un représentant des résidents a été élu et deux représentants des familles pour deux représentants du personnel et le directeur, membre de droit. Le groupe Korian reconnaît, dans sa réponse, que la composition du CVS de l'établissement ne correspond pas aux textes précités. Il justifie les difficultés d'élection et de maintien de deux représentants des résidents accueillis par l'accroissement de la dépendance des résidents, l'absence de candidatures et parfois, de décès en cours de mandat. Ces facteurs, certes objectifs, ne peuvent cependant pas justifier que l'établissement ait maintenu un seul représentant des résidents depuis 2018 au sein de cette instance. La désignation de suppléants lors des élections de 2018 aurait permis de remédier à cette difficulté (trois candidats parmi les résidents, un seul élu). De nouvelles élections sont programmées fin 2021.

L'établissement devra veiller à élire plus de représentants pour constituer cette instance et à s'assurer que la majorité des sièges est détenue par les représentants des usagers. En outre, la fréquence des réunions, fixée à au moins trois fois par an⁴⁷, n'a pas été respectée en 2017 (deux réunions) et en 2018 (une seule réunion).

⁴⁵ Article D. 311-15 du CASF.

⁴⁶ Article D. 311-5 du CASF : « Le conseil de la vie sociale comprend au moins : deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ; s'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux ; un représentant du personnel ; un représentant de l'organisme gestionnaire. Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil ».

⁴⁷ Article D. 311-16 du CASF.

En conséquence, la chambre formule la recommandation suivante :

4. Respecter les dispositions du code de l'action sociale et des familles s'agissant de la composition (art. D. 311-5) et du rythme de réunion (art. D. 311-16) du conseil de la vie sociale. *Mise en œuvre en cours.*

Les relevés de conclusion des réunions révèlent une communication descendante de la direction vers les membres de l'instance, la parole des usagers et des familles n'étant pas ou peu retracée. Il en résulte que la position du CVS n'est pas ou peu formalisée dans les comptes rendus. Cette carence ne permet pas de déterminer si cette instance joue un rôle réel de participation des résidents et des familles. Depuis 2020, les CVS se sont réunis plus régulièrement, la direction associant l'instance très régulièrement dans le cadre de la crise sanitaire (cf. § 5.2.2.3). Le groupe a indiqué que le CVS s'est réuni trois fois au premier semestre 2021. L'établissement doit veiller à retracer de façon systématique la parole des résidents et de leurs familles et à formaliser les avis rendus par l'instance.

D'autres formes de participation sont développées au travers de diverses commissions.

4.1.3.2. L'organisation des activités et animations

Si le groupe Korian diffuse au sein de son réseau des orientations et propositions d'animations, l'Ehpad ne dispose pas d'un projet d'animation personnalisé⁴⁸. La direction a indiqué que si la construction d'un projet propre à l'Ehpad avait été programmée, la crise sanitaire l'avait retardé. Ce volet devra s'articuler avec le projet d'établissement, en cours de finalisation en 2021.

Dans ce domaine, si l'établissement programme et réalise de nombreuses activités, l'audit interne réalisé en 2018 relevait que la partie vie sociale du recueil « mieux vous connaître », laquelle alimente le projet personnalisé, n'était pas renseignée. Selon le groupe, ce « document fait désormais partie intégrante du parcours d'entrée du résident et à chaque visite il est remis aux familles ». Cependant, le groupe n'a pas transmis à la chambre d'exemple de fiche permettant de vérifier que cette pratique était respectée. L'audit précité soulignait également l'absence de traçabilité quant aux réunions de coordination et constatait en outre que le programme d'animation ne comportait pas systématiquement trois activités par jour mais le plus souvent une, et que la variété des thèmes était perfectible.

Les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2018 montrent une baisse de la satisfaction des résidents et des familles à propos du choix des activités.

En 2019, l'Ehpad a étoffé l'équipe d'animateurs, en créant un nouveau poste (3 ETP au lieu de 2). La satisfaction des résidents et des familles s'est par la suite améliorée (96 % des résidents ont répondu qu'ils étaient très satisfaits à extrêmement satisfaits, ainsi que 60 % des familles). Les programmes d'animation font dorénavant état d'une variété des activités proposées et d'un rythme soutenu (au moins trois activités par jour). En réponse aux observations de la chambre, le groupe a souligné les efforts de l'établissement en matière de structuration des animations, y compris dans les espaces accueillant des résidents spécifiques. L'établissement devra veiller à maintenir cette dynamique dans la durée.

⁴⁸ Le projet d'animation transmis concerne un Ehpad du groupe situé en Haute-Garonne.

4.2. La santé des résidents

4.2.1. La prévention sanitaire au quotidien

4.2.1.1. Les actions menées en matière de prévention

L'établissement ne dispose pas d'un projet de soins. Il se réfère à la politique de soins définie par le groupe Korian, notamment aux protocoles du manuel qualité qui présentent les modalités de prévention des risques les plus fréquents chez les personnes âgées accueillies en établissement (chutes, dénutrition, escarres, douleur, suicides).

L'Ehpad a développé deux actions, avec l'appui du groupe, pour améliorer la prévention des chutes et des troubles cognitifs, au travers de la limitation des contentions et le déploiement des thérapies non médicamenteuses.

Il indique limiter le recours aux contentions des résidents, conformément aux recommandations du groupe. Toutefois, il ne produit pas d'indicateur permettant de mesurer l'effet de ces mesures et leur impact sur le nombre de contentions des résidents.

Par ailleurs, depuis 2019, l'Ehpad a été désigné pilote du groupe Korian pour le développement des thérapies non médicamenteuses. L'établissement s'est ainsi engagé dans une démarche de formation de ses personnels et a déployé des ateliers spécifiques. Il a bénéficié, *via* l'investissement du groupe, d'un chariot d'activités. Le budget alloué aux thérapies non médicamenteuses par l'Ehpad s'élève à près de 15 000 €⁴⁹. Pour autant, l'établissement ne transmet pas d'indicateurs qui permettraient de dresser un bilan du déploiement de cette démarche (nombre de résidents concernés, effets sur la consommation de médicaments, sur le nombre de chutes...).

Ainsi, aucune donnée de mise en œuvre permettant de connaître l'évolution du taux de contention des résidents et l'effet du déploiement des thérapies non médicamenteuses dans l'établissement n'a été transmise. En réponse, le groupe indique mener une réflexion sur la mise en place d'une grille de codification des actes de thérapie non médicamenteuse dans les dossiers informatisés des résidents. Depuis 2021, le groupe déploie un ensemble d'indicateurs relatifs aux soins et permettant de mesurer les effets des mesures de prévention mises en place par ses établissements. Ces indicateurs, disponibles au niveau de l'échelon central du groupe, ne sont pas à ce jour accessibles aux établissements. Pour l'Ehpad Korian Catalogne, ce déploiement est prévu fin 2021. L'établissement devra s'attacher à effectuer le suivi des démarches de prévention au travers des indicateurs prévus par le groupe, afin de valoriser son engagement dans ces démarches de prévention.

La chambre formule en conséquence la recommandation suivante :

5. Produire annuellement des indicateurs d'évaluation des mesures de prévention mises en œuvre. *Non mise en œuvre.*

⁴⁹ 5 885 € hors taxes pour l'acquisition d'outils et de logiciels ; 8 674 € pour la formation des salariés.

4.2.1.2. L'évolution des taux de prévalence

Une des missions essentielles d'un Ehpad consiste à assurer une prévention des facteurs de risques liés à la vulnérabilité des résidents. Sur le volet sanitaire, cela concerne tout particulièrement les chutes, les escarres, la dénutrition, la douleur et le suicide.

Sur la période 2016 à 2019, certains indicateurs se sont dégradés, notamment au niveau du nombre de chutes et de la dénutrition. Cette dégradation est toutefois à nuancer pour les chutes : l'amélioration de la traçabilité a entraîné de manière automatique une hausse du nombre de déclarations d'événements indésirables. Selon l'établissement, les résidents hébergés temporairement, en provenance des urgences, connaissent un risque plus élevé de chutes. Les chutes graves, ayant nécessité une hospitalisation, sont plus rares. S'agissant de la dénutrition, la hausse relativement importante de résidents dénutris s'explique par une recherche systématique de ce risque.

tableau 12 : évolution des principaux facteurs de risques chez les résidents accueillis

	2016	2017	2018	2019
Chutes : nombre de résidents ayant chuté au moins 1 fois	52	44	50	77
Nombre de chutes	147	129	86	310
Nombre de chutes ayant entraîné une hospitalisation complète	5	2	1	nc
Escarres	0	1	16	2
Dénutrition	9	33	38	35
Prise en charge de la douleur	35	72	18	17
Tentatives suicides	0	0	0	1

Source : rapports annuels d'activité médicale

L'établissement gagnerait à développer l'analyse de l'ensemble de ces risques dans une optique d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

4.2.2. L'accès aux soins

Tout au long de leur séjour, à la demande des résidents ou des équipes de soins, les médecins traitants et les professionnels de santé interviennent auprès de leurs patients respectifs. En revanche, l'établissement n'a pas conventionné avec des spécialistes concernant la prise en charge bucco-dentaire.

L'Ehpad gère les prises de rendez-vous chez les médecins spécialistes. D'après les données de la CNAM pour 2018, les dépenses de soin liées aux interventions de ces professionnels libéraux s'élèvent à 10 € par mois en moyenne et par résident contre 8 € au niveau national pour la même catégorie d'établissements⁵⁰. Les résidents sont accompagnés vers les cabinets de ville en transport médicalisé. Les dépenses de transport des résidents sont moins élevées que la moyenne nationale (29 € contre 34 €).

Les équipes soignantes sont chargées de répondre aux appels (ou « sonnettes ») des résidents dans un temps défini par le groupe Korian à dix minutes maximum. Or l'établissement n'a pas été en mesure de fournir un suivi précis de cet indicateur.

⁵⁰ Tarif global sans pharmacie à usage intérieur.

4.2.3. La consommation de médicaments

D'après les données fournies par la CNAM⁵¹ jusqu'à l'année 2018, la consommation de médicaments à l'Ehpad Korian Catalogne est en deçà de la moyenne nationale pour les prescriptions d'hypnotiques et de neuroleptiques chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. En revanche, pour les prescriptions de neuroleptiques et d'antibiotiques chez les autres résidents, la tendance est une baisse des prescriptions, bien qu'elles restent supérieures à la moyenne nationale. La part de résidents sous traitement de psychotropes de type anxiolytiques et antidépresseurs est quant à elle croissante.

tableau 13 : taux de consommation des médicaments en pourcentage

	2016	2017	2018	Moyenne mensuelle nationale 2018
Hypnotiques	30,7	24,5	19,7	22,0
Anxiolytiques	45,1	44,4	52,8	48,3
Anxiolytiques demi-vie longue	6,2	6,8	9,3	4,7
Antidépresseurs	45,1	49,0	52,8	46,8
Neuroleptiques	39,2	35,1	34,5	26,0
Neuroleptiques chez résidents Alzheimer	48,9	40,9	33,3	33,8
Plus de 2 psychotropes de familles différentes	7,1	7,7	8,8	6,6
Plus de 10 lignes de médicaments par prescription	7,8	7,9	7,6	7,6
Antibiotiques	-	76,8	65,4	56,3
Antibiotiques générant de la résistance	-	56,9	45,0	36,5

Source : Profil RESID-Ehpad, CNAM

Cette consommation, globalement plus importante qu'au niveau national, peut s'expliquer par le profil des résidents accueillis et la prévalence de troubles psycho-gériatriques (syndromes démentiels notamment). L'établissement gagnerait à développer l'analyse des prescriptions de chacun des résidents en faisant le lien entre médicaments prescrits, chutes ou autres facteurs de vulnérabilité et projets personnalisés. Le passage à temps plein du médecin doit lui permettre de poursuivre la sensibilisation des médecins traitants sur la réduction des prescriptions médicamenteuses et de renforcer son analyse en matière de niveau de consommation de médicaments.

Ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, l'établissement doit s'approvisionner en médicaments *via* une officine, laquelle prépare les médicaments des résidents sur la base des ordonnances médicales. Aucun EIG n'a été signalé sur la période concernant des erreurs médicamenteuses. Toutefois, en 2018 et 2019, l'Ehpad a réalisé des audits du circuit du médicament montrant un niveau d'objectifs à atteindre insuffisant⁵². L'établissement a alors pris des mesures pour améliorer et sécuriser le circuit du médicament :

- 33 actions spécifiquement liées à la sécurisation du circuit du médicament et à l'amélioration de la traçabilité ont été inscrites au plan d'action qualité, pour la plupart réalisées dès 2019 ;
- réorganisation du pôle soins intégrant un local sécurisé pour le stockage des médicaments ;
- conventionnement avec une autre pharmacie ;
- formations lors du déploiement des tablettes et mise en place de contrôles de la traçabilité, avec des fiches de délégation de la délivrance des traitements aux AS.

⁵¹ Profil RESID-Ehpad fourni par la CNAM.

⁵² En 2018, 43 % d'objectifs atteints et en 2019, 55 %.

Si l'Ehpad a effectivement sécurisé le circuit du médicament, il doit suivre les indicateurs disponibles relatifs à la consommation médicamenteuse et développer des actions visant à la limiter.

4.2.4. Le parcours de soins, la prévention des ruptures et le recours aux urgences

Selon les données issues de la CNAM, le taux de recours aux urgences non suivi d'hospitalisation est passé de 9,7 % en 2016 à 4,3 % en 2018 et a toujours été inférieur à la moyenne nationale⁵³. Le taux de recours aux hospitalisations complètes est également en baisse (de 24,8 % en 2016 à 17,1 % en 2018) et en deçà de la moyenne nationale. Ces données montrent que l'établissement a réduit le recours aux urgences en limitant les transferts excessifs et les séjours hospitaliers. Il a aussi signé trois conventions relatives aux parcours de soins et à la coordination en matière d'hospitalisation avec des hôpitaux et cliniques⁵⁴.

tableau 14 : évolution du taux d'hospitalisation des résidents

	Taux recours urgences non suivies d'hospitalisation			Taux recours hospitalisation complète			Taux recours hospitalisation à domicile		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Moyenne nationale	15,9 %	13,5 %	13,5 %	28,3 %	28,1 %	27,6 %	0,8 %	1,4 %	1,7 %
Korian Catalogne	9,7 %	3,5 %	4,3 %	24,8 %	18,7 %	17,1 %	2,4 %	2,3 %	2,4 %

Source : données RESID-Ehpad, CNAMTS

Le taux de recours à l'hospitalisation à domicile est stable pour l'Ehpad et il est supérieur à la moyenne des autres établissements au niveau national. L'établissement explique que le recours à l'hospitalisation à domicile intervient pour la réalisation d'actes techniques complexes (pansements, traitements intraveineux, soins palliatifs). Il a signé des conventions avec une structure spécialisée et dresse un bilan positif du recours à l'hospitalisation à domicile, qui permet au résident de bénéficier de soins complexes sans être transféré à l'hôpital.

L'établissement est engagé dans une démarche de partenariats avec les structures publiques ou privées de son environnement⁵⁵, visant à garantir la continuité des parcours de soins des résidents. Il a renforcé son inscription dans le réseau gérontologique en 2019, par la signature de deux conventions, avec les centres hospitaliers de Thuir et de Perpignan, lui permettant de mobiliser respectivement l'équipe mobile de géronto-psychiatrie et l'équipe mobile de gériatrie.

4.2.5. Les risques sanitaires

L'établissement a mis en place les outils indispensables à la prévention des risques sanitaires : il est doté d'un plan bleu, actualisé annuellement. Il évalue ses pratiques en matière de risques infectieux chaque année. Il a élaboré le document d'analyse du risque infectieux (DARI), lequel identifie les mesures préventives relatives aux précautions standard et d'hygiène des mains, à la vaccination antigrippale et désigne le MEDEC comme référent épidémie.

⁵³ 13,5 % en 2018.

⁵⁴ Hôpital de Thuir, polyclinique Saint Roch, hôpital Saint Jean.

⁵⁵ Neuf conventions.

S'agissant du risque de canicule, les équipes se réfèrent à deux procédures, l'une concerne la prévention des pathologies liées à l'excès de chaleur et l'autre la prévention et le traitement de la déshydratation. Les chambres et tous les espaces communs de l'Ehpad sont climatisés, conformément à l'article D. 312-155-4-2 du code de la santé publique.

En complément des protocoles et procédures diffusés par le groupe, l'établissement a développé plusieurs outils visant à la prévention des risques sanitaires : désignation de référents hygiène, signature d'une convention avec le centre hospitalier de Perpignan (interventions de l'équipe mobile d'hygiène, formations, interventions d'une infirmière hygiéniste en cas de situation épidémique).

La prise en compte des risques sanitaires est sérieuse dans l'établissement comme en témoignent les audits annuels d'auto-évaluation du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière, avec des taux d'atteinte des objectifs supérieurs à 90 % de 2017 à 2019. Ces audits relèvent toutefois une marge de progression au sujet de la vaccination contre la grippe des résidents et des salariés⁵⁶.

Sur la période 2016 à 2019, l'établissement a enregistré plusieurs EIG relatifs à des risques sanitaires. Ces événements ont été signalés à l'ARS qui a suivi les actions correctrices mises en place par l'établissement. Ce dernier a pu, systématiquement, s'appuyer sur les ressources du groupe (direction régionale) et sur l'équipe mobile d'hygiène du centre hospitalier. Il convient de souligner le sérieux de l'Ehpad dans le traitement de ces EIG. L'ensemble des actions entreprises ont conduit à la clôture de ces événements indésirables.

4.3. Les démarches de prévention collective

Le groupe Korian a défini un protocole de lutte contre la maltraitance, axé autour de formations spécifiques, de la mise en place d'une commission éthique et bientraitance, de la nomination d'un référent bientraitance et de la diffusion d'une charte de promotion de la bientraitance.

L'établissement a nommé la psychologue référente « éthique et bientraitance » en 2019. Onze salariés ont reçu une formation à la méthode « Montessori » en 2016, avec un suivi des pratiques en 2017 et deux salariés ont été formés à la méthode « *best attitude positive* » en 2019. Les personnels sont aussi sensibilisés et formés en interne à la bientraitance par la psychologue⁵⁷.

Le système de déclaration des événements indésirables fonctionne⁵⁸. Deux EIG sont recensés sur la période comme relevant d'une situation de maltraitance d'un personnel envers un résident. Ils ont été sérieusement pris en compte par l'établissement (l'un de ces événements a conduit au remerciement du salarié en cause après vérification des faits).

En revanche, la commission bientraitance et éthique n'est pas constituée au sein de l'établissement, contrairement aux exigences du groupe. L'établissement a l'intention de la mettre en place avant la fin de l'année 2021. La chambre en prend le plus grand acte.

⁵⁶ 100 % des résidents ont été vaccinés en 2017 ; en 2019, ce taux s'établit à 88 %, l'établissement ayant été confronté à 6 refus. En 2017, 63 % des salariés étaient vaccinés contre 43 % en 2019.

⁵⁷ La psychologue assure des formations/informations sur ce thème et propose des entretiens individuels sur l'évaluation des pratiques professionnelles des salariés.

⁵⁸ Le dispositif de déclaration des événements indésirables dans les ESMS est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2017, en application des articles R. 31-8 à R. 31-10 du CASF.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'Ehpad Korian Catalogne s'inscrit dans une culture de la qualité de la prise en charge et de l'audit, définie par le groupe Korian. Il s'appuie sur un plan d'amélioration de la qualité constamment actualisé, dont les actions sont suivies.

Les résidents et leurs familles sont satisfaits des prestations proposées. Leurs motifs d'insatisfaction, exprimés en 2018, ont trouvé des réponses. Les points d'amélioration identifiés dans la qualité de prise en charge ont généré des recrutements en 2020.

Cependant, l'établissement n'a pas encore personnalisé son projet d'animation, qu'il doit insérer dans son projet d'établissement en cours de finalisation en 2021. De même, la traçabilité du dossier de soins des résidents demeure perfectible. L'acquisition de tablettes, permettant une saisie en temps réel, devrait y contribuer. Cette traçabilité est essentielle, notamment pour que l'établissement puisse s'appuyer sur des indicateurs objectifs dans la prise en charge des résidents et développer l'analyse des principaux risques auxquels sont confrontés les résidents. Les mesures de prévention sanitaire déployées (limitation des contentions, thérapies non médicamenteuses) ne font pas, pour l'heure, l'objet d'évaluation.

Enfin, la chambre recommande à l'établissement de respecter les dispositions réglementaires s'agissant de la composition et du rythme de réunions du conseil de la vie sociale.

5. LA GESTION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

5.1. Un établissement impacté par la deuxième vague de Covid-19

Lors de la première vague épidémique, l'établissement n'a pas été touché. Des suspicions ont néanmoins été recensées (un résident et six salariés, dont un testé positif). S'il a été constaté une surmortalité pour les mois de janvier à juin 2020 (19 décès contre 14 sur la même période en 2018 et en 2019), il n'a pas établi de lien avec la circulation du virus.

L'établissement a dressé un bilan de la situation psychologique et somatique des résidents à la sortie de la première crise : il en est ressorti que 12 résidents ont été plus durement touchés par le confinement que les autres. Aucune réclamation de résidents ou de familles n'a été enregistrée pendant cette période.

En revanche, à la fin du mois de septembre, et jusqu'à la mi-novembre 2020, l'établissement a été très impacté par la deuxième vague de Covid-19. Au plus fort de la contamination, 56 résidents ont été atteints (dont 30 étaient asymptomatiques) ainsi que 27 personnels (dont 22 asymptomatiques). Les quatre hospitalisations ont été courtes, que ce soit pour les résidents et les personnels. Neuf résidents positifs au virus sont décédés.

tableau 15 : recensement des cas et décès imputés au Covid-19

	Nb de cas probables ou suspectés	Nb de cas confirmés	Dont hospitalisés	Nb de décès parmi les cas probables ou suspectés	Nb de décès parmi les cas confirmés	Dont à l'hôpital
Résidents	56	56	2	9	9	0
Personnels	34	27	2	0	0	0

Source : Korian

Le nombre important de résidents positifs a nécessité une réorganisation totale du site, quatre étages sur huit (au plus fort de la contamination) ayant été dédiés à l'accueil des résidents porteurs du virus. À compter de début novembre, l'établissement n'a plus dénombré de nouveau cas positif. L'étage 8 a été identifié secteur Covid en cas de nouvelle propagation du virus.

5.2. La préparation et la réaction de l'Ehpad face à la crise sanitaire

5.2.1. L'activation du plan bleu et de la cellule de crise

Dès le 25 février 2020, l'établissement a renforcé son dispositif de prévention sur la base des consignes diffusées par le groupe et a activé le plan bleu ainsi que la cellule de crise⁵⁹. Celle-ci s'est réunie au minimum une fois par semaine afin de suivre au plus près l'évolution de la situation épidémique en lien avec l'ARS et la cellule de crise du groupe Korian. À partir de l'apparition du foyer d'infection fin septembre et jusqu'à la mi-novembre, la cellule de crise s'est réunie deux fois par jour. L'établissement a également pu s'appuyer sur la direction régionale.

5.2.2. L'organisation interne mise en place

Le groupe Korian a défini des procédures identifiant synthétiquement les mesures à mettre en œuvre selon le stade épidémique, conformément aux directives sanitaires en vigueur. Ces procédures identifient de façon opérationnelle les modalités de fonctionnement de l'établissement en termes d'hygiène générale et individuelle, de circulation au sein de l'établissement, de la prise en charge des résidents (restauration et animation notamment), et d'échanges avec les familles et les personnes extérieures.

Les principales mesures mises en place par l'établissement ont été les suivantes :

- une sectorisation par étage des résidents et des équipes ;
- des repas pris en chambre ;
- la mise en place d'étages entiers dédiés aux résidents testés positifs au Covid-19 ;
- le renforcement et l'application stricte des gestes barrières : prise de température à chaque entrée dans l'établissement, mise à disposition de solutions hydro-alcooliques, port du masque obligatoire (selon des dotations définies par la cellule de crise pour le personnel) ;
- la limitation des interventions extérieures et la tenue d'un registre des visiteurs ;
- le renforcement du bio-nettoyage (surfaces et points de contacts) et l'aération régulière des chambres et des espaces communs ;

⁵⁹ Elle comprend la directrice, le directeur adjoint, l'assistante ressources humaines, l'agent d'accueil, le MEDEC, l'IDEC, le responsable technique, le chef de cuisine et la gouvernante.

- les visites ont été suspendues lors du confinement général⁶⁰ (sauf exceptions, comme pour les résidents en fin de vie). Elles ont pu reprendre selon les restrictions et selon les périodes, avec respect des recommandations sanitaires ;
- formations des personnels à la prise en charge de cas avérés en interne et soutien de l'équipe mobile d'hygiène du centre hospitalier de Perpignan ;
- l'établissement a renforcé la communication avec les familles, par des courriels et appels hebdomadaires pendant le confinement et la seconde vague épidémique.

5.2.2.1. Des équipements de protection individuelle en nombre suffisant

L'établissement n'a pas connu de tension en matière d'équipements de protection individuelle (si ce n'est que très ponctuellement en sur-blouses au début de la crise). Il disposait de deux sources d'approvisionnement : le groupe Korian et l'ARS *via* des dotations fournies par le centre hospitalier de Perpignan. Ainsi, il n'a jamais été en rupture d'équipements, réussissant à constituer des stocks supérieurs à trois semaines, y compris pendant la deuxième vague.

5.2.2.2. Les tests

Au début de la crise sanitaire, l'accès aux tests était limité et plafonné à trois résidents par établissement en cas de symptômes (pas de dépistage massif). Dans un premier temps, l'établissement a pu effectuer des tests auprès des résidents et personnels symptomatiques, ainsi qu'avant l'entrée de tout nouveau résident ou personnel.

Ensuite, l'Ehpad a mené des campagnes de dépistage généralisé auprès des résidents et salariés puis, à compter de l'apparition du foyer d'infection fin septembre, des tests ont été effectués toutes les semaines pour l'ensemble des résidents et personnels, soit huit campagnes de test.

5.2.2.3. Les mesures concernant la prise en charge des résidents et le lien avec les familles

La prise en charge des résidents en établissement a suivi les directives sanitaires et leurs mises à jour successives. Ainsi, l'Ehpad a limité son accès aux seuls professionnels de santé et aux personnels à compter du 6 mars 2020, soit quelques jours avant le début du confinement général. À partir du 17 mars, les résidents ont été confinés dans leur chambre, où ils ont pris leurs repas. Seules des activités individuelles ont été proposées et les sorties ont été proscrites. L'établissement est parvenu à renforcer l'accompagnement psychologique des résidents avec la contribution du psychologue de l'équipe mobile de gériatrie-psychiatrie. Le temps de la psychologue de l'établissement a doublé début septembre (passage de 0,4 à 0,8 ETP). L'établissement a veillé à maintenir le lien avec les familles de différentes manières.

Après la parution des consignes du ministère de la santé du 20 avril, les visites des familles ont progressivement été autorisées, dans le sas d'entrée ou dans le jardin de l'établissement. À compter du 20 mai, un déconfinement progressif s'est opéré : les intervenants externes ont été autorisés à reprendre leurs activités (kinésithérapeutes, pédicures, coiffeurs), les résidents ont repris leurs repas en salle à manger étage par étage et des animations ont été organisées par groupe,

⁶⁰ Les visites ont également été suspendues pendant une dizaine de jours lors de l'apparition du foyer d'infection fin septembre 2020.

les visites des familles ont été assouplies. À partir du 23 juin, l'établissement étant repassé en niveau épidémique 2, les activités collectives encadrées ont également repris, et les visites ont été autorisées sans rendez-vous.

L'établissement a organisé quatre CVS durant le confinement, qui ont permis d'échanger sur l'organisation exceptionnelle de l'établissement pendant le confinement et le déconfinement.

À compter de l'apparition du foyer d'infection, les visites ont été suspendues pendant une dizaine de jours. Elles ont repris sur rendez-vous avec un renforcement du bio-nettoyage entre chaque visite.

Un CVS a été organisé chaque semaine. Des contacts quotidiens avec les familles des résidents contaminés ont été assurés, ainsi que des appels au moins une fois par semaine aux familles des autres résidents. Enfin, un courriel hebdomadaire à l'ensemble des familles a été adressé afin de les tenir informées de l'évolution de la situation.

5.2.2.4. Les personnels

L'établissement disposait d'un plan de continuité de l'activité, mais il n'a pas été déclenché ; dès lors, il n'a jamais fonctionné en « mode dégradé ». Il a bénéficié de renforts externes (recrutements directs et intérim). Ces renforts ont notamment permis, à partir de l'apparition du foyer d'infection, le doublement des équipes d'AS (deux AS par étage), le renfort en ASH, une IDE supplémentaire sur les étages Covid en journée. L'établissement a également renforcé ses équipes de nuit, avec présence d'une IDE de nuit (sauf exceptions) et d'une AS de nuit supplémentaire⁶¹.

La présence à temps plein du MEDEC a été cruciale dans l'organisation du travail et la surveillance des résidents, en lien avec les médecins libéraux. L'établissement a, par ailleurs, bénéficié d'un soutien particulièrement important des équipes d'hospitalisation à domicile, qui s'est traduit concrètement par la mise à disposition de deux IDE chargés d'une surveillance rapprochée des constantes de l'ensemble des résidents deux fois par jour. Les partenariats noués par l'Ehpad ont été actionnés et se sont révélés particulièrement utiles.

S'agissant du soutien psychologique des personnels, outre la ligne téléphonique spécifique mise en place par le groupe Korian, l'établissement a fait appel à la plateforme Covid du centre hospitalier pour organiser des groupes de parole.

L'Ehpad souligne la qualité des liens entretenus avec l'ARS, tout au long de l'année 2020, pour gérer la pandémie (informations régulières sur les directives, sur les stocks et livraisons de masques chirurgicaux, remontées des résultats de tests) ainsi que l'appui de la direction régionale et du groupe.

5.3. Un impact financier conséquent, compensé par l'ARS

L'établissement a déclaré les surcoûts liés à la gestion de la pandémie de Covid-19 à l'ARS.

⁶¹ En situation normale, l'équipe de nuit est composée de deux AS et d'une ASH. Lors de la vague épidémique, l'équipe de nuit était composée d'une IDE de nuit, de trois AS et d'une ASH.

Conformément aux modalités prévues par l'ordonnance n° 2020-385 du 1^{er} avril 2020, la direction du groupe Korian a versé la prime exceptionnelle de 1 500 € aux salariés de ses Ehpad, début juillet 2020, au prorata du temps de présence effectif durant la période de crise sanitaire (du 1^{er} mars au 30 avril). La direction du site a indiqué que les salariés en arrêt maladie sur la période ont également bénéficié de cette prime. La déclaration faite auprès de l'ARS indique que 64 salariés ont bénéficié de la prime à taux plein, 13 en ont perçu 50 % et 34 salariés vacataires n'en ont pas bénéficié.

Conformément aux déclarations et demandes de compensation de l'établissement, l'ARS a alloué 245 723 € dans le cadre de crédits non reconductibles, décomposés comme suit :

- forfait masques : 7 659 € ;
- compensation des pertes de recettes en hébergement, selon des modalités de calcul et de plafonnement fixées par l'instruction du 5 juin 2020 relative aux orientations de l'exercice 2020 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées⁶² : 52 398 € ; en effet, selon la projection réalisée par l'établissement, cette période s'est traduite par la perte de 671 journées ;
- prime exceptionnelle versée aux agents : 70 500 € ;
- compensation des surcoûts liés à la crise sanitaire : renforts de personnel (100 166 €) et achat de petit matériel médical (15 000 €).

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

S'il avait été épargné par la première, l'Ehpad Korian Catalogne a été touché par la seconde vague épidémique de Covid-19.

L'établissement a réagi et des renforts en personnel ont été déployés. Le passage à temps plein du médecin coordonnateur et de la psychologue, peu de temps avant l'apparition du foyer d'infection, ont été déterminants dans le suivi de la situation et la prise en charge des résidents.

L'établissement a également bénéficié de l'appui de partenaires extérieurs (hospitalisation à domicile, équipes mobiles) avec lesquels il avait précédemment conventionné. L'impact financier de la crise sanitaire a été compensé par les dotations complémentaires de l'ARS.

En dépit de la réorganisation du site pour circonscrire la propagation de l'épidémie en son sein, neuf décès ont été recensés.

⁶² La compensation financière couvre les journées de vacance par rapport au taux d'occupation moyen de l'établissement constaté sur les trois dernières années. Elles sont compensées à hauteur d'un montant de 65,74 € au maximum comprenant le tarif d'hébergement journalier de l'Ehpad (dans la limite de 60,22 €, référence au tarif médian national) et le ticket modérateur du tarif dépendance (fixé à 5,52 € par jour) avec une décote de 10 % appliquée sur ce résultat pour tenir compte de la baisse des charges associée à la diminution de l'activité.

GLOSSAIRE

AMP	aide médico-psychologique
ARS	agence régionale de l'hospitalisation
AS	aide-soignant(e)
ASH	agent de service hospitalier
ASV	loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
CASF	code de l'action sociale et des familles
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CNAM	centre national de l'assurance maladie
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CVS	conseil de la vie sociale
€	euro
EERD	état réalisé des recettes et des dépenses
Ehpad	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	événements indésirables graves
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	équivalent temps plein
GIR	groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
GMPS	GMP soins
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
IDEC	IDE de coordination
m ²	mètre carré
M€	million d'euros
MEDEC	médecin de coordination
PMP	Pathos moyen pondéré
PVI	projet de vie individualisé
SA	société anonyme
SAS	société par actions simplifiée

Réponses aux observations définitives en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières : aucune réponse écrite destinée à être jointe au présent rapport n'a été adressée à la chambre régionale des comptes.



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie

sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

Chambre régionale des comptes Occitanie
500, avenue des États du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie@crtc.ccomptes.fr

 **@crococcitanie**